

# ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral  
Volumen 10  
Nº 49 septiembre-octubre 2021



## Guillermo Pradiés

Presidente del 50 Congreso SEPES

“Las redes nos están llevando hoy en día a una formación sin filtro”

“me gustaría aconsejar a todos los compañeros que se informasen muy bien antes de hacer ciertos cursos”



## Jesús Fieyro González

Presidente Colegio de Asturias.

“la atención de los pacientes en nuestra actividad sanitaria, . . . , requiere algo más que conocimientos científico-técnicos . . . un especial trato y conocimiento de las relaciones interpersonales”



## Fernando Mozo Grau (TICARE)

Premio Especial del Certamen Empresario del Año de la Universidad de Valladolid



## International College of Dentist

Reunión en Palma de Mallorca con incorporación de nuevos miembros.



EL IMPLANTE LIBRE DE  
FILTRACIÓN BACTERIANA

SÓLO EL USO DE ADITAMENTOS ORIGINALES  
**ticare** GARANTIZA UN AJUSTE  
LIBRE DE FILTRACIÓN BACTERIANA



# Sumario

**Editorial . . . . . 05**

**Opinion . . . . . 07**

- 🕒 ¿Por qué eliminar el flúor del agua de consumo en la CAV?
- 🕒 La felicidad del dentista
- 🕒 Efecto Anclaje y Disonancia Cognitiva

**Tribuna de salud pública. . . . . 15**

- 🕒 Oferplan, o la degradación de la odontología

**Actualidad . . . . . 17**

- 🕒 Fernando Mozo Grau (TICARE)
- 🕒 Reunión de la Sección Española del International College of Dentist
- 🕒 Enfermedades raras, Odontología y Ortodoncia
- 🕒 XV Reunión Internacional de SIOA
- 🕒 La Sociedad Española de Cirugía Bucal reúne en su XVIII Congreso Nacional Online a profesionales de diecinueve países
- 🕒 Presentación de la evidencia científica de gapZero
- 🕒 Éxito de la Cumbre Global de Regeneración Ósea, organizada por SEPA

**Entrevista . . . . . 28**

- 🕒 Guillermo Pradés
- 🕒 Jesús Fieyro González

**Ciencia y salud. . . . . 39**

- 🕒 Chancro sifilítico
- 🕒 Carga inmediata con rehabilitación provisional mediante la técnica de electrosoldadura intraoral. A propósito de un caso clínico

**Historia de la Odontología . . . . . 50**

- 🕒 Florestán Aguilar y la Academia Nacional de Medicina

**Gestiona tu consulta. . . . . 56**

- 🕒 ¿Qué es mejor ejercer como autónomo o a través de una SL?
- 🕒 SONRÍE A LA CÁMARA

**Empresas . . . . . 59**

- 🕒 Presentación del nuevo Surgic Pro2 de NSK

**Cultura . . . . . 60**

- 🕒 Alcalá la Real (Jaén)

**Cultura Gourmet . . . . . 62**

- 🕒 El Cava: un gran vino, no sólo para celebraciones

**EDITOR**

Fernando Gutiérrez de Guzmán  
 editor@odontologosdehoy.com

**DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:**

Rolando Peniche Marcín. México.

**CORRESPONSAL BARCELONA:**

Juan José Guarro Miquel

**CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:**

Antonio Castaño Seiquer

**COORDINACIÓN EDITORIAL Y WEB:**

Patricia Puertolas  
 web@odontologosdehoy.com

**PUBLICIDAD:**

Beatriz Rodríguez – Raúl del Mazo  
 607 795 672 – 640 296 925

**DISEÑO Y MAQUETACIÓN:**

Ángel González Encinas  
 aencinas@artfacto.es



# Hygoclave 40

Fácil, rápido e intuitivo

Plan renove, descuento  
adicional 545€  
Consigue tu autoclave por:

**3450<sup>100</sup>**

DU0389 18 Litros

**3995<sup>100</sup>**  
~~4920<sup>100</sup>~~

Plan renove, descuento  
adicional 960€  
Consigue tu autoclave por:

**3535<sup>100</sup>**

DU0390 23 Litros

**4495<sup>100</sup>**  
~~5195<sup>100</sup>~~

## Plan Renove

Te damos hasta **960€** por tu viejo autoclave

Te ofrecemos las mejores  
marcas del mercado y el  
mejor servicio post-venta



Contacta con nosotros



[www.antonsl.es](http://www.antonsl.es)



94 453 06 22



[antonsl@antonsl.es](mailto:antonsl@antonsl.es)



## ¿Nos consideran ciudadanos?

*Fernando Gutiérrez de Guzmán*  
*Editor*

En estos días se ha hablado de la fugaz, la califico así por lo poco que tardó en matizarla y casi desmentirla, idea del Ministro de Seguridad Social de llevar la jubilación a los 75 años. Lo traigo a colación por esa contradicción, una de tantas, con las que se desayunan los políticos, como si el ciudadano fuese todo menos ciudadano.

Mire Señor Ministro, en vez de amenazar con un futuro en el que sólo los privilegiados que puedan superar los 75 años lleguen a cobrar pensión, deje usted que los funcionarios, que así lo deseen, sigan trabajando después de cumplir los 65 años. Esta profesión mayoritariamente trabaja en el sector privado, pero por eso no me voy a olvidar de los que tienen un puesto en la pública y son obligados a abandonar su puesto al cumplir los 65 años, como ocurre con los funcionarios de su ministerio, tan falta actualmente de personal para atender a los ciudadanos, a los que se supone sirve la administración pública.

Es incomprensible que mientras hablan de retrasar cada vez más la edad de jubilación, las administraciones públicas, impidan salvo excepciones, con cierta sensación de arbitrariedad, continuar en el servicio público a profesionales que están en condiciones de seguir trabajando tanto en el campo asistencial como en el docente, en un momento en que especialmente estos últimos, es cuando más pueden aportar intelectualmente.

También ha sido noticia las declaraciones de una Señora Ministra, hablando de “regular la objeción de conciencia” de los médicos. Si hay algo realmente íntimo es la conciencia y hasta eso quieren regular, la invasión de la intimidad no podía llegar más lejos.

Me sorprende que los mismos que defienden la libertad de los ciudadanos para no vacunarse, en esta más que trágica pandemia, pretendan regular la conciencia de los profesionales.

Mientras leemos en los medios de comunicación cómo se producen infecciones en residencias de ancianos, con trabajadores que se negaron a vacunarse como transmisores, el problema es la conciencia de los médicos.

No menciono el motivo escogido para empezar a regular conciencias porque ese no es el debate en este momento, el debate es la regulación de la conciencia, el imponer criterios políticos e ideológicos a la actuación profesional.

Empezaron definiendo un catálogo de prestaciones, necesario no lo discuto, pero sí su desarrollo, porque de ahí se ha pasado a decidir sobre la actuación de los profesionales, ya no es que usted paciente tenga derecho a este tipo de asistencia, es que este tipo de tratamiento es el único al que puede optar y su médico ya no puede proponerle otro.

Gestionaron el peor momento de la pandemia, ya lo he dicho en otras ocasiones, como si de un problema de “orden público” se tratase y no de un problema de “salud pública” que es lo que era.

Y seguimos en lo mismo, pronto dejarán de fluorar las aguas en el País Vasco, por poner un ejemplo, ya lo explica el Profesor Aguirre en el siguiente artículo de este número, y la opinión de los profesionales ni cuenta ni ha contado.

# Go beyond.



## El nuevo Surgic Pro2

Operabilidad, seguridad y conectividad inalámbrica. Los tres puntos en los que el nuevo Surgic Pro2 marca la diferencia. El micromotor quirúrgico de NSK presenta una extraordinaria innovación. Diseñado para dar a los profesionales el mejor dispositivo y disfrutar de la experiencia de trabajo más efectiva, segura y cómoda. Cualquier motivo es bueno para elegir el Surgic Pro2: el brillante progreso, que te permite dar un paso más.



**1** Operabilidad mejorada gracias al nuevo y más compacto motor. El centro de gravedad más cerca del cabezal del contra-ángulo: más confort, menos fatiga.



**2** Display sensible y seguro gracias a la nueva pantalla plana fácil de limpiar. El panel táctil inteligente ha sido diseñado para responder cuando se utilizan guantes quirúrgicos.



**3** Luz LED de color de Alta Resolución para permitirle ver la sangre y las encías como si tuvieran luz natural y, por lo tanto, brindar una mayor visibilidad durante cada intervención, generando una cantidad mínima de calor.



**4** Silencio y suavidad gracias a la nueva bomba de irrigación, que proporciona un flujo de irrigación constante mientras se adapta perfectamente al diseño compacto del dispositivo.



**5** Máxima precisión de torque. El sistema de calibración avanzada AHC de NSK ofrece a máxima seguridad en la colocación de implantes.



**6** Precisión y control para mejorar las decisiones a la hora de realizar la carga de un implante. Especialmente en aquellos tratamientos de carga inmediata o pacientes de alto riesgo.



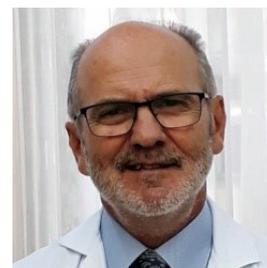
**7** Conexión inalámbrica con múltiples dispositivos como el VarioSurg3, el Osseo100+, el pedal de control inalámbrico y iPad, para mejorar significativamente el alcance de los tratamientos quirúrgicos.



**8** Pedal de control inalámbrico 400 g más ligero que el modelo anterior. Las funciones de selección de flujo de irrigación, selección de programa, dirección de rotación y velocidad de rotación. Además, el pedal puede personalizarse al gusto de cada profesional.

## ¿Por qué eliminar el flúor del agua de consumo en la CAV?

J. M. Aguirre Urizar  
Catedrático de la UPV/EHU



El pasado día 8 de Septiembre se publicó en el periódico El Correo el reportaje: “Euskadi eliminará el flúor del agua del grifo con el rechazo de los dentistas”, anunciando la próxima eliminación de la fluoración del agua de consumo público en la Comunidad Autónoma Vasca, que desde 1988 (Decreto 49/1988) es obligatoria.

En este reportaje, se señala que en 1988 la “higiene bucodental” de los jóvenes del País Vasco era muy preocupante, lo cual no es acertado, ya que lo verdaderamente preocupante en ese momento era la “salud bucodentaria” de nuestra población infantil, no la higiene. Desde hace mucho tiempo conocemos que la salud bucodentaria no solo depende de la higiene, aunque esta sea muy importante, sino también de otros factores como la dieta (azúcares), la atención odontológica, la susceptibilidad personal, el nivel de flúor en el agua de consumo, etc. Por ello, podemos afirmar que “no tiene caries dental quien quiere sino quien puede”, dependiendo de la actuación de múltiples factores cariogénicos en un determinado individuo.

En la actualidad, la salud bucodentaria de la mayoría de la población infantil y juvenil de la CAV es magnífica, como resultado de la mejora general social, económica y sanitaria, así como de la implantación hace más de 30 años de varios programas sanitarios preventivos en nuestra Comunidad, como: el Programa de Atención Dental Infantil (PADI), el de salud escolar, de nutrición, de higiene, etc. y la fluoración del agua de consumo público. El éxito de esta suma de actuaciones ha sido espectacular.

Los estudios epidemiológicos rebelan repetidamente que todavía existe un porcentaje importante de nuestra población infantil y juvenil (mayor del 15%), que no se beneficia del PADI y presenta muchas caries, lo que coincide, en general, con la población de los sectores sociales más desfavorecidos de nuestra Comunidad. Esta situación debiera ser suficiente motivo para mantener una medida preventiva bucodentaria científicamente reconocida como es la fluoración del agua de consumo público.

A pesar de ello esta medida preventiva quiere ser eliminada, ¿Por qué?

La eliminación de la fluoración del agua de consumo no soluciona ningún tema de Salud pública para la población de la CAV. Es más, hay muchas posibilidades de que la empeore, al motivar un aumento del número de caries en la población infantil, al reducir la resistencia dentaria al efecto de otros factores cariogénicos permanentes o en progresión.

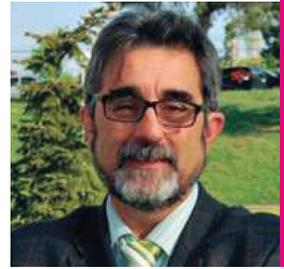
Como hemos señalado, actualmente la salud bucodentaria infantil y juvenil en la CAV es una de las mejores, sino la mejor, incluso a nivel mundial. Ello ha sido posible gracias a la aplicación de todos los programas y a la mejora de los hábitos higiénicos, pero sobretodo del PADI y de la fluoración del agua de consumo público. Por ello, es difícil entender por qué se quiere eliminar esta prevención que es aceptada y aconsejada por organismos sanitarios internacionales como la OMS. La mejor alternativa sería mantener el programa de fluoración del agua de consumo público, optimizando la concentración actualmente sugerida (0,7 mg/l) y controlándola adecuadamente, como se ha estado realizando hasta ahora.

Para finalizar me gustaría señalar que este año, la primera generación con buena salud bucodentaria de la CAV cumple 41 años, y con orgullo podemos decir que es infinitamente mejor que la que tenían sus padres a su edad, gracias a estos programas preventivos universales, solidarios, y equitativos, que hemos ido aplicando desde 1988. Sería triste que los niños y las niñas que van a cumplir ahora 10 años, muchos de ellos hijos de los de la primera cohorte, no puedan decir lo mismo.

Por todo ello, considero que derogar el Decreto 49/1988 y eliminar la fluoración del agua de consumo público en la Comunidad Autónoma Vasca, no está justificado y que por el momento, y a la vista de los resultados, debería mantenerse.

## La felicidad del dentista

*Dr. Manuel Ribera Uribe, JMD, DDS, PhD  
Profesor de Gerodontología, Pacientes Especiales y Prosthodontia  
Presidente de Comité de Ética en Investigación y Medicamentos UIC  
Universitat Internacional de Catalunya*



Volvemos al trabajo. Volvemos de nuevo a reiniciar la actividad con la ilusión del comienzo, las fuerzas renovadas y dispuestos a reescribir de nuevo nuestra historia futura llena de buenos propósitos y con la confianza de que nuestros planes se cumplirán. La historia interminable de Michael Ende, de la cual es imposible salir. Nos enfrentamos a ello con la esperanza y el deseo de ser un año más feliz.

En este mundo cambiante la felicidad es cada vez más compleja de definir. Sospecho que ya nadie cree que ser feliz es acumular un sinfín de sensaciones placenteras. La complejidad de nuestro entorno social, familiar y por supuesto laboral va complicando cada vez más la posibilidad de ser felices. Salimos de una pandemia caminando de puntillas por si vuelve, hemos vivido cambios sociales y económicos suficientes para reconocer que como dice Yuval Noah la felicidad consiste en sincronizar las ilusiones personales con las ilusiones colectivas dominantes en cada situación.

*Se vislumbra un importante aumento continuado del número de profesionales que no se corresponde con el aumento de la demanda de servicios dentales*

En la profesión se anuncia la ley de especialidades, se vislumbra un importante aumento continuado del número de profesionales que no se corresponde con el aumento de la demanda de servicios dentales, un incremento de la tecnología en el día a día y una imperiosa necesidad de formación para acomodarse a los cambios.

Nuestro equilibrio y nuestra felicidad va a tener más relación con la capacidad de que nuestra interpretación de la situación sea acorde con las expectativas del mundo que nos rodea, de nuestros pacientes y de nuestra familia y amigos. Sobre todo, porque no es necesario que todas las expectativas se cumplan. No es necesario que todo el mundo se compre un scanner ni que todo el mundo sea especialista en algo. Si que es necesario conocer nuestro entorno, hablar con los pacientes, con el personal de la clínica, adaptarnos a la situación y disfrutar de todo ello.

La pandemia que se va nos ha dado la oportunidad de hacer un máster en adaptación: personal, laboral, económica. También de incorporar mucho más el uso de la comunicación y de los nuevos métodos de comunicación a la relación con el paciente. Mas allá de la facturación, de la tecnología, etc. la felicidad del dentista debería estar centrada en la satisfacción de nuestros pacientes y en la relación de proximidad con ellos. De modo mayoritario nuestra profesión ya no es una profesión de emprendedores que al inaugurar sus clínicas adquirían unas expectativas sociales y económicas elevadas. Hoy en día los dentistas del sector privado trabajan en múltiples clínicas, con "owners" de distinta procedencia y con intereses también distintos. Ni todos los pacientes buscan estética, ortodoncias invisibles, diseño de sonrisas o periodoncia e implantes de alto standing, ni las expectativas de los profesionales pueden estar disociadas de las demandas de su entorno.

Nos toca empezar el nuevo curso acomodándonos a la realidad que nos envuelve, a las necesidades de nuestros pacientes y dar un baño de positivismo a nuestras expectativas. Hasta no hace mucho tiempo la RAE definía la felicidad como "el estado de ánimo que se complace en la posesión de un bien". Afortunadamente ya corrigió eso y ahora, para la RAE, felicidad ha pasado a ser "el estado de grata satisfacción espiritual y física". Muy a menudo, al pedir a nuestros colegas una prolija descripción de su día a día, reconocen que, desgranados uno a uno, los actos cotidianos son a menudo incómodos e insatisfactorios: levantarse temprano, llegar a tiempo, tratar a aquel paciente plomizo, permanecer en posturas no siempre gratificantes, bregar con los niños, la casa... Sin embargo, en su conjunto, suelen decir que son razonablemente felices. Posiblemente sean los que han conseguido sincronizar sus ilusiones con las ilusiones colectivas de su entorno y con las ilusiones personales de sus pacientes. Y en ello estamos todos.

*Mas allá de la facturación, de la tecnología, etc. la felicidad del dentista debería estar centrada en la satisfacción de nuestros pacientes y en la relación de proximidad con ellos*

# Lactoflora<sup>®</sup>

salud bucodental

SABOR MENTA

¿Problemas dentales y de encías?  
¿Mal aliento?



CN: 180654.3

Probióticos

Vitamina D<sub>3</sub>



El complemento para la higiene bucal diaria

## Triple Efecto

*L. brevis* CECT 7480, *L. plantarum* CECT 7481 y *Pediococcus acidilactici* CECT 8633<sup>1-2</sup>

Efecto bactericida frente caries, candidiasis, gingivitis y halitosis

Efecto protector de la dentina y las encías

Efecto restaurador de la microbiota oral

Documentación dirigida exclusivamente a profesionales sanitarios

• Sin gluten • Sin lactosa

Recomendado por:  
 **adilac**  
Asociación de intolerantes a la lactosa España

[www.lactoflora.es](http://www.lactoflora.es)

**STADA**

Our Mission - Your Health

## Efecto Anclaje y Disonancia Cognitiva



David Suarez Quintanilla  
Catedrático de ortodoncia  
Universidad de Santiago de Compostela

Como catedrático de universidad desde hace más de 25 años, catedrático de las antiguas oposiciones y en una universidad de las más clásicas y reconocidas, he de confesar que me da un cierto reparo académico el impartir la última lección a los alumnos de 5º curso, ya fuera del programa normativo de ortodoncia, que título *¿Qué es éxito clínico en Odontología*. Es una clase donde me gustaría que la realidad que voy a contar a los alumnos, y de la que va a depender su futuro, no fuera verdad. Me gustaría que el éxito clínico de mis futuros alumnos dependiera en gran medida de la calidad de su formación, su aptitud intelectual y su esfuerzo para seguir aprendiendo, pero no es el caso en odontología.

### ¿Qué es el éxito clínico y su contrario el exitus clínico letalis?

Cuando me encuentro con antiguos alumnos a lo largo de España, otros ya trabajando en el extranjero, tras preguntarles por su vida y familia, pasamos a hablar de cómo les va en la profesión. La verdad es quedo encantado cuando me refieren lo bien que les va, la cantidad de pacientes y trabajo que tienen, lo bien que viven y el reconocimiento social adquirido (que atestiguan por ser los directivos del club de golf o de las mil asociaciones recreativas de su ciudad). No hace falta recordar aquí que, al menos en España, la mayoría de dentistas trabajan en el ámbito estrictamente privado, por cuenta propia o ajena, y que solo una minoría, a diferencia, por ejemplo de la medicina, cobran un sueldo del estado ejerciendo como profesionales en la sanidad o en las universidades públicas. Cuando además la clínica es propia o se trabaja a porcentajes, se imponen dos objetivos: tener nuevos pacientes, nuevas primeras visitas, y obtener rentabilidad. Éxito clínico para un médico de hospital se traduce, en gran medida, en conocimiento y algo de empatía con el paciente, y se centra en acertar con el diagnóstico y realizar el mejor tratamiento posible, al menos el más eficaz, además de mostrarse bien formado y con una cabeza bien amueblada en las sesiones clínicas conjuntas (el dentista, en cambio, es capitán general de los 80 metros cuadrados de su clínica y nunca tiene que contrastar sus conocimientos, ni su actualización, con otros colegas, pero, a diferencia de los médicos de la sanidad pública, a la eficacia de sus tratamientos ha de sumarle la efectividad). En la sanidad

pública no han de preocuparse por obtener nuevos pacientes ni por pagar al final de mes a enfermeras y personal auxiliar. En el ámbito funcional las cosas son diferentes a los sufridos autónomos. En esta clase, por tanto, le explico a los alumnos que van a lanzarse en pocos meses al competitivo mercado laboral, la gramática parda, las realidades ocultas de nuestra profesión para que en el futuro tengan una vida profesional satisfactoria que les permita vivir más que dignamente. Recuerdo un año en que había uno de esos alumnos que no pisaba mucho las clases, pero sí era el centro de atención y promoción de todos los saraos festivos de la noche del jueves compostelano (la clase de ortodoncia era el viernes a primera hora de la mañana) y compartía curso con otras dos alumnas muy estudiosas y de estupenda presencia. Años después me enteré que el primero no solo rebo-saba de éxito clínico sino que, además de haber montado varias clínicas, tenía a varios compañeros trabajando en ellas. ¿Dónde estaban sus compañeras? Trabajando en un pueblo en la clínica de un protésico dental. Por eso, no quiero que mis alumnos más inteligentes acaben trabajando para los más listos. Solo un dato ya resulta aterrador: el 40% de eso que vamos a llamar éxito clínico, va a depender de dónde está y cómo es la consulta donde vamos a trabajar (y sino fijarse dónde están situadas las franquicias o las principales tiendas de una ciudad).

*“no quiero que mis alumnos más inteligentes acaben trabajando para los más listos”*

El éxito clínico (tener pacientes + rentabilidad) está ligado a muchos otros factores que la buena formación de los profesionales (las circunstancias orteguianas) e incluye el lugar de trabajo (la ubicación, tamaño y hasta la decoración de la clínica), el personal auxiliar, la empatía y sus cualidades de vendedor (no lo digo peyorativamente) así como el marketing interno y externo y, como no, el servicio. En palabras de los expertos brasileños en marketing dental R Lenci y Gonçalvez (2015): *“los mejores servicios odontológicos, no derivan de la ciencia odontológica”*.

### Hay una serie de frases lapidarias, pero muy ciertas que recalco a los alumnos:

1. El paciente no tiene criterios para juzgar nuestra calidad profesional. En ortodoncia esto lo llevaríamos al extremo (que es lo que está hoy ocurriendo con los alineadores: el paciente solo entiende de la estética, color y alineamiento de los dientes anteriores, los “social six”).
2. El paciente nos juzga por sus criterios, no por nuestra calidad profesional, y una parte muy importante de estos se relaciona con un intangible servicio.
3. Al paciente no le preocupa cuanto sabe usted (se lo presupone, por eso está sentado en su sillón) sino cuánto se preocupa usted (que servicio le da).
4. La tecnología y las nuevas corrientes del mercado (sean escáneres intraorales, alineadores o microimplantes) hacen visible, para el paciente, la actualización del doctor y la clínica. Uno puede creerse el mejor dentista del mundo, pero sin la adaptación a esta nueva tecnología, puede que un día se levante en un mundo que ya no existe (cuando los pacientes, por la presión de las compañías y las redes, piden alineadores y ver el resultado de su tratamiento en una vistosa visión 3D, pero el ortodontista solo ofrece las clásicas soluciones con brackets convencionales). Y me duele escribir esto, pero es así.
5. Ojalá tenga usted una queja. La queja al profesional (casi siempre por problemas de servicio y no de mala praxis) es un salvavidas que el paciente lanza al doctor. La queja mal manejada es un grave problema para la fidelización del paciente, para convertirlo en un misionero de nuestra consulta, por el contrario una queja atendida con cariño y empatía es una inesperada garantía de satisfacción y fidelización.

En ningún caso estoy afirmando que con una mala formación se puede tener éxito clínico, pero sí que con una excelente formación, fallando en otros aspectos, las cosas pueden conducir a un lugar, más ahora con la crisis de la pandemia, donde ningún profesional quiere llegar. Por tanto no voy aquí a hablar de gestión de la clínica y sus servicios, para lo cual ni he estudiado ni valgo, pero si me gustaría que reflexionáramos sobre algunos sesgos psicológicos de nuestra mente, relacionados con el neuromarketing, que tienen una incidencia directa sobre esto que denomino éxito clínico y que se sustenta sobre un trípode constituido por: nuestra formación y experiencia profesional (prestigio profesional), la empatía y conocimiento de lo que quiere el paciente y su particular visión de nuestra clínica y, por último, del marketing interno (neuromarketing) y externo. Los sesgos de la mente son

inconscientes y no podemos librarnos de ellos: nos gustan más los muebles de Ikea que montamos nosotros, estamos orgullosos de ellos y no estaríamos dispuestos a venderlos baratos, a pesar de que la empresa, para su beneficio, ha eliminado de su ecuación el trabajo. Cuanto más esfuerzo te cuesta, más valoras después lo realizado; al montar un mueble de Ikea (incluso de aquella manera sobrando mil tornillos) incluso el más lerdo de los consumidores se siente como un hábil, competente e inteligente ahorrador. Si, ya en el campo de la ortodoncia, involucramos al paciente en el diseño de su sonrisa (*DSD/clincheck*) o le hacemos entender su necesaria colaboración (con el uso, por ejemplo, de elásticos intermaxilares), estamos aplicando en parte el sesgo cognitivo Ikea, por el que hipervaloramos los frutos de nuestro trabajo o aquello en que participamos activamente. Dos sesgos resultan especialmente interesantes: **el valor de anclaje y la disonancia cognitiva**.

No hace mucho tiempo que una cadena-franquicia dental española, hoy en quiebra, bombardeaba continuamente al consumidor, vía televisión, internet o con llamativos carteles de famosos futbolistas y actrices en los escaparates y autobuses, con “implantes dentales a 222 €”. Los profesionales podemos pensar, aparte de la ética y la praxis de este tipo de cadenas, que este precio/oferta nos hace un daño limitado y solo afecta a un grupo pequeño de pacientes/consumidores más preocupados por el precio que la calidad, en definitiva, que es un tema que afecta poco a los buenos profesionales y sus fieles pacientes; pero no es cierto. En mi opinión, y, por favor, recordar que soy como vosotros dentista, no experto en marketing y menos psicología, hay dos sesgos mentales que se superponen y acaban influenciando a nuestros pacientes, que por otro lado, no piensan ir a este tipo de clínicas: **el denominado valor de anclaje y la disonancia cognitiva**.

*En mi opinión, [...] hay dos sesgos mentales que se superponen y acaban influenciando a nuestros pacientes, que por otro lado, no piensan ir a este tipo de clínicas: el denominado valor de anclaje y la disonancia cognitiva*

El primero, también conocido como heurística de anclaje, fue puesto de manifiesto por el hoy afamado, y premio Nobel, Daniel Kahneman y Amos Tversky en la década de los 60 y se basa en la excesiva importancia que nuestra mente da a la primera impresión recibida (el ancla) al objeto de elaborar de manera rápida un juicio de valor comparativo; es primo cercano del efecto halo (el efecto dado a la primera impresión, por ejemplo una

bonita y atractiva sonrisa, y las propiedades inferidas de ella, del que ya he hablado en otros artículos, el efecto señuelo, el arrastre, el efecto dotación o el efecto Ikea, tan importantes en nuestra vida profesional. Tras el establecimiento del efecto ancla, por ejemplo un precio, pasamos a establecer un mecanismo de comparación con los otros. En definitiva, el paciente que sale de tu clínica dental, tan feliz y contento, con su presupuesto de 950 € por implante (valor de anclaje de tú paciente para un implante) se ve sorprendido por los 222 € de la franquicia. A su vez el paciente que va a tu consulta para colocarse implantes, y ha sido previamente bombardeado en televisión por los 222 €, ve tu tarifas desorbitadas, ya que su valor inicial de anclaje (la primera noticia que ha tenido sobre el costo de un implante ha sido el de la televisión). El consumidor que tiene claro el efecto ancla de un producto (un café) se siente engañado cuando se le pide por el mismo producto y servicio (un café en el típico bar de la esquina) una cantidad que supera o dobla el valor de anclaje y protesta por la disonancia cognitiva (a pesar de que los 3 € de más no suponen nada en su economía).

Es importante conocer nuestra mente y sus sesgos o errores, los cortocircuitos que utiliza para hacer una vida más dinámica, que están ligados al denominado pensamiento rápido, que no requiere esfuerzo ni gasto de energía neuronal. Si usted viene a un buen restaurante en mi ciudad de Santiago de Compostela verá que en la carta de vinos es frecuente encontrar, como destacados, el Vega Sicilia Único, el Dominio de Pingus 2018, L'Ermita o Château Margaux, pero es excepcional que alguien pida una de esas botellas, incluso como premio tras recorrer a pie durante semanas nuestro Camino de Santiago, el objetivo es otro: establecer un nuevo anclaje temporal para que la mente del cliente pase a considerar baratos, vinos de 90 €. Si usted a sus pacientes le ofrece inicialmente un tipo de tratamiento subido de precio (un tratamiento con alineadores siderales de 6.000 €) y le ofrece otra alternativa, con otra marca, de 3.999 €, además de escoger el segundo (si usted le da garantías de similares resultados) lo verá más económico y creará haber hecho un buen negocio (cuando el segundo tratamiento está inflado).

Los sesgos y las asociaciones mentales son tan fuertes y están tan arraigados en nuestra mente, que no solo nos dejamos engañar, sino que lo hacemos encantados, en especial cuando se asocia el producto a un valor de marca. Por ejemplo el lujo, cuyos beneficios escandalosos no paran de crecer, se basa en este y otros sesgos, y están en el núcleo de nuestras actividad profesional cuando se trata de procedimientos para mejorar la estética de la sonrisa (aquí hay que buscar la demanda actual de los alineadores o de costosas carillas). Todo el mundo sabe que cuando compra un Rolex® o el último teléfono de Apple® está siendo timado descaradamente, ninguno de esos productos vale lo que cuesta, y ellos no lo ocultan. Apple sabe que tiene una comunidad de fanáticos que van a comprar sus nuevos modelos

nada más salir, de aquí las famosas pre-compras, y ponen un valor inicial tan alto como pueden, para después ir bajando su precio. Los nuevos modelos son prácticamente iguales al anterior y no cumplen lo que anuncian, ni lo que les hace tener prestigio de marca: innovación, diseño y calidad.

El porcentaje de descuentos en las rebajas es otro sistema que utiliza el anclaje; otra franquicia dental española, también quebrada y extinta, inflaba el precio en los presupuestos para, a continuación ofrecer unos marcados descuentos por cuestiones sociales (como Robin Hood, pero al revés, robando a los pobres para engordar el bolsillo de los hoy desaparecidos propietarios). Es interesante apuntar que el sesgo de anclaje en una negociación es bidireccional y lo marcan las primeras ofertas tanto del vendedor como del comprador. Si vas, por ejemplo, a comprarte un nuevo escáner, ofrece siempre una cantidad muy por debajo del precio real y dile al vendedor que te avise si está de acuerdo; naturalmente no lo vas a conseguir al precio que has ofrecido, pero el efecto ancla de tu oferta, hará que lo consigas más barato que tus compañeros.

La disonancia cognitiva es el segundo fenómeno de interés, y no solo para ajustar la política de precios de nuestra clínica, sino por tener una influencia extraordinaria en nuestra vida profesional y personal. Cuando hablo de filosofía o de temas profundos, como la creencia en Dios, suelo decir que en realidad los humanos funcionamos como si fuéramos dos, ya que la persona con la que más conversamos es con nosotros mismos (detalle del que las religiones monoteístas han sabido sacar un jugoso partido) y por ello nos gusta ser coherentes entre lo que pensamos (y nos dice nuestro Pepito Grillo interior) y hacemos. O vivimos como pensamos, o acabamos pensando como vivimos, sino que se lo pregunten a alguno de los dirigentes de Podemos, bien es verdad que algunos, por vergüenza torera, ya se han cortado la coleta. Funcionamos con una mentalidad retributiva (de esfuerzo-recompensa) y por ello odiamos que nos timen o engañen. No nos gusta que los demás nos tilden de incongruentes y nos sentimos incómodos cuando nuestras opiniones son contrarias a la mayoría (de aquí el éxito actual de lo políticamente correcto). Ante un conflicto entre nuestras ideas e intereses del momento, solemos ajustar nuestras creencias. Todos los días vemos en la clínica disonancia cognitiva. El profesional que no tiene vocación, pero se autojustifica con sus pingues ganancias; el que nunca se actualiza, que no va a ningún curso o congreso, y que se justifica diciendo que en los congresos se pierde el tiempo, que son un pasatiempo ocioso. El profesional, esto hace años, que no sabía colocar implantes y decía a sus pacientes que producían rechazo y muchos problemas. El padre que no quiere pagar por el tratamiento de ortodoncia de sus hijos y que tras darle el presupuesto te pregunta si es necesario por salud o solo por estética (yo en este caso me suelo fijar en su mujer, pareja o acompañante, en su sonrisa y *look*, para ver si realmente su disonancia cognitiva

es porque no quiere pagar o porque tiene una vida donde la estética no tiene cabida). El paciente que acude a una franquicia, en contra del criterio de sus compañeros de oficina, y que defiende a capa y espada su decisión, a pesar de que el tratamiento es un rotundo fracaso; no se queja ante ellos hasta que se le caen todos los implantes. No debemos olvidar que nuestro campo de trabajo está relacionado con la emoción y que el paciente emocional, a diferencia del racional, no compra lo que necesita sino lo que desea (y ese plus del deseo, que compartimos con el mundo del lujo, nos permite un margen, hacia arriba, en la gestión de tarifas).

En función de todo esto, deberíamos de ajustar los precios de nuestros tratamientos y no, como hacemos los ortodoncistas al cobrar una cantidad similar por visita haciendo que el precio final varíe en función del tiempo (yo aún lo sigo, erróneamente, haciendo). Ahora que está tan de moda entre los profesionales de más alto nivel la *boutique odontológica*, la clínica refinadamente exclusiva, las USP (*unique selling propositions*) ofrecen una buena alternativa. El concepto USP fue desarrollado hace 90 años por Rosser Reeves, tomado como ejemplo la pasta dentífrica. Es la política de Starbucks o de las tiendas de Louis Vuitton, hacer propuestas de venta personalizada; es importante crear incentivos, muchas veces paralelos al propio tratamiento, que anulen el efecto ancla con la competencia, bien por el propio servicio o lo que lleva asociado.

Como la idiotez no tiene límites y es epidemia contagiosa entre los políticos (lo estamos viendo con el desastre de EEUU en Afganistán) ahora se ha puesto de moda el lenguaje inclusivo, para aliviar inconscientes culpas de los *machirulos/as/olos*, y términos como *empoderamiento* o *poner en valor son manejados a diario por ministros/as/olos*. Pues está es la clave de los USP en nuestra clínica, *poner en valor nuestro trabajo y servicio*, hacer que el paciente sienta nuestra clínica diferente y se olvide del valor de anclaje de la competencia. El contexto ayuda mucho: el

dueño de un criadero de ostras en Oceanía se quejaba porque sus ostras solo producían perlas grandes y grisáceas, que nadie quería; a un amigo judío, que tenía una joyería en Nueva York, se le ocurrió poner esas perlas en el escaparate junto a maravillosas joyas; hoy esas perlas son las famosas y carísimas perlas australianas. Copiemos de la *new cuisine*, la cocina de diseño y demás zarandajas para acomplejados *snoobs*, que han elevado a los altares a lo que antes solo era un simple y orondo cocinero entre fogones y tarteras; la tontería de sus absurdos ingredientes y mezclas, sus infinitos platos de degustación, sus microscópicas raciones, la decoración de los platos y sus rebuscados nombres, son los USP que acompañan a las sesudas y estudiadas contestaciones, del antes cocinero, hoy chef, en programas de televisión y entrevistas (*ver en YouTube a Leo Harlem con la parodia: "cocina moderna"*).

En nuestras clínicas las USP debe ir paralela con la política de precios: la reformulación del valor del producto con financiación o cuotas, los paquetes u ofertas de productos y el recordar al paciente que vendemos salud, no solo cosmética. Las USP pueden hacer referencia a nuestra formación y experiencia, la tecnología (tener o no escáner intraoral o CBCT) o técnicas empleadas en la clínica (ortodoncia invisible frente a la tradicional), el tipo de servicio (atención personalizada / odontología slow), atención multiespecializada, política de precios familiar, etc. Hoy, por ejemplo, con el neo-ecologismo postcovid-19 y ante la nueva concienciación mundial ante el cambio climático, un USP importante en ortodoncia es ofrecer alineadores poliméricos en sustitución de los alineadores plásticos (la palabra plástico ya parece malsonante y si nos avergonzamos de comprar una bolsa en el super, pues llevar un plástico 22 horas en la boca...). Debemos dar visibilidad a nuestra calidad profesional. En definitiva, el éxito clínico es mucho más que una buena formación, incluso excede la necesaria empatía con el paciente, y en él participan muchos factores, como los sesgos de la mente, que iré desgranado en posteriores artículos.

ESPECIAL  
EQUIPOS



**antón**  
Suministros Dentales

¿Qué buscas  
para tu equipo?



**Calidad - Precio - Garantía**



 **antasis**  
Trust Technical Service

Contacta con nosotros



[www.antonsl.es](http://www.antonsl.es)



94 453 06 22



[antonsl@antonsl.es](mailto:antonsl@antonsl.es)

## Oferplan, o la degradación de la odontología



F. Javier Cortés Martinicorena  
Estomatólogo. Doctor en Medicina y Cirugía

**O**ferplan, es el nombre que recibe el plan de ofertas promocionales de «El Diario Vasco» que se publica al menos durante los meses de verano, temporada que suelo pasar en esa maravillosa costa guipuzcoana. Me las encuentro a diario al leer el periódico. Se pueden ver en la cabecera de su página trasera, bien visible a todo color, no pasan desapercibidas. Las ofertas van cambiando de día en día y todas llevan su precio marcado en una etiqueta. Y todos los años me producen la misma irritación por no decir el mismo cabreo, y la misa tristeza, a partes iguales. Si la cosa no fuera a mi entender tan sería pasaría de esa página y a otra cosa. Pero el asunto tiene su importancia al menos tal y como yo entiendo la odontología que no es cosa distinta de la medicina. Y por eso lo traigo a esta columna de opinión.

Oferplan trata de ofertas de consumo a precios atractivos, que van relacionados en el mismo anuncio a una empresa o proveedor. Junto a ofertas como «Tinte y permanente de pestañas», «Masaje relajante con aromaterapia», «Lifting relajante», o de otro tipo como «Entradas para el circo» o «Terrina de sabores» o «Brunch de lujo» o «Menú degustación de verano» o «Paseo en canoa canadiense» o... un sinnúmero de ofertas de consumo para el relax y disfrute de la vida, se oferta «Implantes dentales» y otros tratamientos odontológicos. Los tratamientos dentales en el mismo cajón que los tintes de pelo o las pestañas postizas, con todo el respeto para esas actividades peluqueras. Nunca he visto —y eso que llevo años viendo estas promociones— ofertas de otros tratamientos médicos, no sé, tipo le operamos de... —ponga cado uno la intervención quirúrgica— sin demoras ni espera, a precio rebajado, que el sistema público está saturado. Los implantes dentales se ofertaban este verano a 299 euros eso sí, con opción a corona (!) como si la colocación de un implante dental pudiera ser un acto finalista en sí. Es decir se anuncia en promoción un acto quirúrgico como pueden estar en promoción los productos de un supermercado.

Un tratamiento médico que implica sus riesgos y puede comprometer la salud del paciente si no se realiza con las debidas garantías; que requiere una historia médica previa, una evaluación de necesidad y oportunidad, una evaluación de ries-

gos y planificación; un acto quirúrgico que se debe realizar en un entorno de asepsia y cumpliendo el protocolo común a cualquier intervención quirúrgica; un acto médico de relevante importancia para la salud de quien lo necesita. Por no hablar de lo primordial, que es antes de todo, responder a la pregunta de si hay alternativa a la pérdida de ése o esos dientes que se van a sustituir por implantes. Es decir, al anuncio no va de si usted necesita implantes, si no: ¡colóquese implantes dentales! Todo ello de oferta.

Esto es la banalización de la odontología hasta el extremo. Uno de los grandes avances de la medicina del siglo XX, como ha sido la investigación del proceso biológico de oseointegración de elementos mecánicos artificiales, construidos en titanio que, implantados en hueso maxilar se adhieren a él y permiten recuperar la función oral perdida. Los implantes dentales en oferta como en oferta puede estar el cambio de ruedas de su coche antes de que empiece el mal tiempo. Este es un ejemplo más de los muchos que por desgracia vemos a diario por parte de compañeros y clínicas marquetistas.

La banalización de una actividad médica como la Odontología está llegando en nuestro país a límites inadmisibles desde cualquier punto de vista. Este tipo de anuncios deben estar prohibidos, al menos en estos términos y en ése contexto. Esto es propio de mercachifles no de médicos o de odontólogos y es difícil asumir, mejor dicho es incomprensible que no haya pasado ningún filtro, empezando por el propio «El Diario Vasco» y siguiendo por los encargados públicos o privados de velar por una publicidad ética y por el control y defensa de la dignidad profesional que debe ejercer el Colegio de Dentistas de Guipúzcoa. ¿Para cuándo una ley que regule la publicidad en el ámbito bio-médico?

*La banalización de una actividad médica como la Odontología está llegando en nuestro país a límites inadmisibles desde cualquier punto de vista*



# Shaping the future of dental care



APARATOLOGÍA DENTAL



CONSUMIBLES



INSTRUMENTAL



EQUIPAMIENTO



HIGIENE BUCAL



IMPLANTOLOGÍA



DIGITAL SOLUTIONS

SHOWROOM & CONGRESS



**+150**  
MARCAS  
EXPOSITORAS



**180**  
SPEAKERS

## Congreso Nacional de Odontología Avanzada



SUMMIT  
ODONTÓLOGOS



SUMMIT  
HIGIENISTAS



SUMMIT  
PROTÉSICOS



SUMMIT  
NEXTGEN

# Fernando Mozo Grau (TICARE)

Premio Especial del Certamen Empresario del Año de la Universidad de Valladolid

En un acto presidido por el Rector de la Universidad de Valladolid, a la ilusión de haber cumplido 25 años la empresa fabricante de los implante TICARE, Fernando Mozo Grau sumo este merecido galardón.

Esta iniciativa organizada por la Facultad de Comercio de la Universidad de Valladolid (UVa) rinde homenaje y destaca la labor de diferentes empresas y entidades del tejido industrial y social de Valladolid, donde nació Ticare y donde se encuentran sus instalaciones centrales.

Este premio es el resultado de la trayectoria de Fernando Mozo potenciando la investigación, que se ha materializado en patentes, estudios y publicaciones científicas y acuerdos de colaboración con universidades nacionales e internacionales.

Durante la gala, Fernando Mozo remarcó el “orgullo” que supone formar parte del palmarés del Certamen para después apuntar “nos mueve y nos estimula en nuestro trabajo una vocación tremenda de emprendimiento y crecimiento.



*Entrega la bandeja e insignia de oro Óscar Puente, alcalde de Valladolid, y David Esteban, Diputación de Valladolid,*

Esta pasión que ponemos en nuestro trabajo, se cristaliza positivamente en la sociedad, tenemos un compromiso con las personas y la sociedad, hemos de trabajar para hacer todo lo que esté en nuestra mano para mejorar”.

Fernando Mozo, aprovecho la ocasión para agradecer al consejo asesor, a su equipo directivo y a todo el equipo de personas que forman Mozo Grau por su trabajo, implicación y profesionalidad. Además, dedicó unas palabras para todos sus clientes, a los que considera el motor de su empresa y les agradece la confianza depositada en los productos de Ticare.

Su mensaje es un fiel reflejo de lo que Ticare supone en el sector de la odontología. La compañía ha sido un ejemplo de adaptación constante, puesto que su evolución ha transcurrido en paralelo a la de la propia implantología y sus profesionales. Como afirma Fernando Mozo, CEO de la empresa, “Ticare es un proyecto de investigación permanente” y por ello, este reconocimiento es muy gratificante para la compañía en especial para su director.



*Entrega el mercurio Ana Carlota Amigo, consejera de Empleo e Industria de la Junta de Castilla y León, y Antonio Largo Cabrerizo, Rector de la Universidad de Valladolid.*

## Reunión de la Sección Española del International College of Dentist

Palma de Mallorca 24 09 2021

En la Ciudad de Palma tuvo lugar la primera reunión de la Sección Española del *International College of Dentist*, tras el parón social motivado por la pandemia.

En el extraordinario marco que ofrece la Sede de la Real Academia de Medicina de Les Illes Balears, se celebró un emotivo acto en el que entraron a formar parte como nuevos miembros: Sebastiana Arroyo, Ángel Carrero, Juan Guarro, Juan M. Liñares, Ana Molina, Pere Riutort y Paloma Villalba.

El acto estuvo presidido por el Regent (Presidente) de ICD Sección Española, Dr. Santiago Jané Noblom a quien flanqueaban en la presidencia el Presidente del Colegio de Dentistas de Baleares, Dr. Ignacio García Moris y el Presidente del Patronato de la Escuela Universitaria de Odontología Universidad Islas Baleares, Dr. Diego González.

Fue especialmente sentida por todos los asistentes la ausencia del Dr. Vicente Lozano de Luaces, que no pudo asistir al acto por razones de causa mayor.

Entre el nutrido grupo de asistentes, miembros del ICD y acompañantes, destacamos la Presencia del Profesor J. M. Ustrell, Vicedecano de Odontología de la Universidad de Barcelona, miembro del ICD y Presidente de la Sección Española de la Academia Pierre Fauchard, que los próximos días 21 a 23 de octubre celebrará su reunión anual en Sant Cugat del Vallès.



La presentación del acto corrió a cargo de la Dra. Isabel Maura.

El *International College of Dentist* es una Sociedad Científica Honorífica con más de cien años desde su fundación en Estados Unidos y Japón. El lema del ICD es "Reconociendo el servicio y la oportunidad de servir".

Al I.C.D. se accede por invitación de alguno de los Miembros, tras la presentación del *curriculum* y la aprobación por parte del

*Board of Regents.* Se valora la calidad Profesional, su dedicación y servicio al progreso de la Odontología en beneficio de la Sociedad.

El I.C.D. está presente en 122 países y cuenta con más de 12.000 miembros actualmente.



# Enfermedades raras, Odontología y Ortodoncia

Burgos 11 de octubre

Mónica Cano Rosás

Profesora del Departamento de Cirugía. Universidad de Salamanca

El CREER (Centro de referencia de Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus familias) en colaboración con la Universidad de Salamanca viene realizando desde el año el año 2018 unas Jornadas Científicas sobre salud bucodental, enfermedades raras y calidad de vida, en las que anualmente intervienen ponentes de reconocido prestigio en sus ámbitos.

Este año 2021 las Jornadas "Anomalías Dentarias de número en las Enfermedades Raras: Consecuencias clínicas y para la calidad de vida" se celebrarán, Dios mediante, el día 11 de Octubre en Burgos, y se dedicará monográficamente al problema de las anomalías dentarias de número por defecto, ya que estas pueden generar cambios y desencadenar algunas alteraciones asociadas como disfunción masticatoria, alteración del habla, maloclusiones y deficiencias estéticas. En esta edición las Jornadas están organizadas con la inestimable colaboración del Dr. David Suárez Quintanilla, Catedrático y Coordinador de las asignaturas y máster de Ortodoncia (Universidad de Santiago de Compostela), expresidente de la European Orthodontic Society, y

vicepresidente de Ortodoncia de la International Association for Dental Research.

Contaremos con ponentes como el Dr. Rogelio González Sarmiento, Catedrático especialista en Hematología y Hemoterapia y Director del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) (SACYL-USAL-CSIC) que nos hablará sobre las bases moleculares de las agencias dentales (se han identificado más de doscientos genes que participan en la odontogénesis). Algunos de los ponentes son miembros de Sociedad española de Odontostomatología para pacientes con necesidades especiales (SEOENE). También intervendrán ortodontistas, especialistas en autotransplantes y especialistas en evolución de la dentición humana de prestigio internacional pertenecientes a diferentes Fundaciones y Universidades españolas, americanas y europeas. Durante la tarde tendrá lugar una mesa redonda con la participación de los ponentes y de pacientes y sus familiares, con el fin de ayudarles a resolver sus dudas y establecer protocolos de tratamiento.



## Congreso y reunión con las familias de los afectados Anomalías dentarias de número en las Enfermedades Raras



Lugar:  
Centro de referencia estatal de atención a personas con enfermedades raras y sus familias (CREER). Burgos

### PONENTES

- Carolina Arriagada Vargas (Universidad de Santiago de Chile)
- Mónica Cano Rosas (Universidad de Salamanca)
- Javier Fernández Feijoo (Universidad de Santiago de Compostela)
- Rogelio González Sarmiento (Instituto Investigación Biomédica. Universidad de Salamanca)
- Ana López Jiménez (Doctora en Odontología. Barcelona)
- Marina M. de Pinillos González (Centro Nacional de Investigación Evolución Humana)
- David Suárez Quintanilla (Universidad de Santiago de Compostela)
- Margarita Varela Morales (Hospital Universitario Fundación Jimenez Diaz. Madrid).



[www.creenfermedadesraras.es](http://www.creenfermedadesraras.es)

La inscripción es gratuita y se puede realizar en el siguiente enlace:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSck\\_NSG8Pg1suEj6GV3eHCBZSLhP4NqIb0SgFak-yg1cSgKNg/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSck_NSG8Pg1suEj6GV3eHCBZSLhP4NqIb0SgFak-yg1cSgKNg/viewform)

A los inscritos se les dará certificado de asistencia y podrán realizar preguntas a los ponentes durante la mesa redonda a través del chat.

La jornada será retransmitida por el CREER en directo por streaming y grabada para aquellas personas que no puedan visualizarla en ese momento y quieran hacerlo después.

La mayoría de las enfermedades raras cursan con alteraciones dentales con grados variables de afectación dentaria (oligodoncias, anodoncias, microdoncias, alteraciones de la cronología de la erupción, alteraciones en la forma dentaria, hipoplasias de esmalte, maloclusiones, menor resistencia del esmalte a la caries dental etc.). La condición bucal de estos pacientes y el estado de su dentición tiene gran influencia en su calidad de vida y también en su condición nutricional puesto que puede afectar a su habilidad masticatoria. Estas alteraciones, además de producir importantes trastornos funcionales, pueden también causar daños psicológicos profundos a los pacientes por la alteración estética que ocasionan, de ahí el importante papel que juega la ortodoncia en estos casos.

El problema de las anomalías dentarias de número en las enfermedades raras es crucial, sobre todo las agenesias dentales y la oligodoncia extrema con la que cursan algunos síndromes. La lista de las enfermedades raras implicadas es muy grande y no podemos mencionar todas, pero sí las más representativas como las displasias ectodérmicas que cursan con anomalías dentarias, del pelo, piel y uñas (displasia ectodérmica anhidrótica, incontinencia pigmentaria, síndrome de Witkop), las osteodistrofias (Síndrome

de Albright, osteopetrosis, osteogénesis imperfecta, Síndrome de Ellis-Van.Creveld etc), las anomalías cromosómicas (Síndrome de Down, Síndrome de Wolf-Hirschhorn), y las deformidades congénitas del sistema osteomuscular (Síndrome de Pierre.Robin, querubismo, disostosis craneofacial, Síndrome de Treacher-Collins, Síndrome de Hollermann-Streiff etc). La ausencia congénita de órganos dentarios, también se asocia con anomalías orofaciales, como el labio leporino, paladar hendido y paladar fisurado. El portal Orphanet proporciona mucha información sobre síndromes de origen genético con alteraciones dentarias.

Para el tratamiento de estos pacientes se requiere de un equipo multidisciplinar en el que destaca la importancia de los Estomatólogos y Odontólogos generales, Odontopediatras, Ortodontistas y Cirujanos Maxilofaciales entre otros, dentro del equipo de diagnóstico y tratamiento bucal. Es de suma importancia la valoración e interconsulta que deben realizar todos estos profesionales del riesgo médico de estos pacientes antes del tratamiento bucal.

Los pacientes que tengan también afectación de los maxilares serán candidatos a la utilización de aparatos ortopédicos para dirigir el crecimiento y desarrollo óseo de las estructuras maxilofaciales hasta que el paciente termine su desarrollo corporal. Posteriormente se podrá realizar una rehabilitación mediante prótesis o implantes dentales.



#### OBJETIVOS

- Dar a conocer las anomalías dentarias de número (agenesias) y forma en las enfermedades raras
- Ver la posible afectación de la salud y calidad de vida de los pacientes con agenesias múltiples
- Determinar la posible etiología (genética, epigenética y evolutiva) de las agenesias dentarias múltiples
- Analizar su asociación con enfermedades raras y otras patologías sistémicas
- Recoger el sentir de pacientes y padres afectados de oligodoncia múltiple o displasia ectodérmica.
- Mostrar los posibles planes de tratamiento a diferentes edades
- Establecer un protocolo clínico para su evaluación y tratamiento
- Elaborar unas conclusiones sobre el problema que puedan ser útiles para las instituciones sanitarias



[www.creenfermedadesraras.es](http://www.creenfermedadesraras.es)

# XV Reunión Internacional de SIOLA

El 24 y 25 de septiembre en Jerez de la Frontera (Cádiz)

Por Javier Martínez de Pisón

## El regreso de los congresos presenciales

El deseo por participar, comunicarse y socializar en un evento científico fue más que evidente en la XV Reunión Internacional de SIOLA, celebrada el 24 y 25 de septiembre en Jerez de la Frontera (Cádiz).

Las responsables de esta esperada rentrée de las presentaciones científicas fueron cuatro asociaciones odontológicas que unieron sus esfuerzos con este fin, después de la inactividad forzosa impuesta por la pandemia de la Covid-19 a los eventos en vivo.

El congreso tuvo lugar bajo el paraguas organizativo de la Sociedad de Implantología Oral Latinoamericana (SIOLA) y con la participación de la Sociedad Española de Implantes (SEI), la Sociedad Portuguesa de Implantología y Osteointegración (SOPIO) y la Sociedad Española de Gerodontología (SEGER).

Si bien es cierto que la mayoría de los asistentes mostraban una natural precaución debido al corrosivo óxido del confinamiento, los conferencistas en cambio parecían estar en plena forma, sin duda gracias a las muchas horas de práctica en las plataformas virtuales que han suplantado a las reuniones presenciales.

De hecho, la calidad de las charlas de los expertos intervinientes, fue encomiable disertando sobre conceptos complejos que presentaron de forma amena y fácilmente accesible al público, lo cual es siempre de agradecer.

Gómez Font, por ejemplo, trazó de manera muy interesante la historia de la implantología desde Brånemark hasta nuestros días, tema que podría haber sido como una lección universitaria pero que él transformó en una pugna por el conocimiento entre las teorías del sueco Brånemark y el suizo André Schröder.

Mario Gener explicó las diferencias entre la representación del mundo analógico (continuo) y el digital (discontinuo), subrayando las ventajas de cada uno y poniendo como ejemplo su propia experiencia, ya que él mismo envía diariamente a una clínica de Madrid un electrocardiograma que se toma él mismo con una aplicación para monitorizar el estado de su corazón. Además, ofreció ejemplos prácticos de lo que nos ofrece la teledontología y la mejor manera de utilizar este recurso en la consulta diaria.

Holmes Ortega por su parte se adentró con maestría en un tema más clínico y escabroso como es la expansión ósea en el tratamiento con implantes, y Megia y Armijo trataron respectivamente las condiciones para colocar pilares transeptiliales en prótesis sobre implantes, o la cirugía de los tejidos periimplantarios para conseguir resultados estéticos.

Compañías como Microdent, GMI, KYT, Galimplant o Bioner presentaron sus últimos avances en implantes, superficies e injertos, complementando con sus productos la oferta de esta reunión internacional de la implantología oral.

En el segundo día del congreso, José María Martínez González, Presidente de la Sociedad Española de Gerodontología (SEGER) y moderador de una serie de conferencias, manifestó en una entrevista que esta especialidad ha surgido debido al aumento de la longevidad en la población y a necesidades médicas que pueden influir en el tratamiento odontológico y a las que es imperativo estar atento.

Por su parte, Nuno Pimentel Cruz, Presidente de la Sociedad Portuguesa de Implantología y Osteointegración, habló sobre la decisiva relevancia que tiene la planificación en la regeneración ósea individualizada, que permite adaptar el tratamiento a las



Mariano Gener.



Rafael Gómez Font.



José M. Martínez.



*Nuno Piment.*



*Mariano del Canto y José Sevilla.*



*Ivan Ortíz.*

condiciones específicas del paciente, aumentado así las probabilidades de éxito.

Mariano del Canto, del Colegio de Odontólogos de León, explicó las técnicas quirúrgicas para la preservación y modificación de la cresta alveolar, mientras que Fernando Llorente abordó el tema del bruxismo en la implantología oral, síntoma que se ha agudizado de forma exponencial durante la pandemia. Los protocolos de carga inmediata en pacientes edéntulos fue el tema sobre el que disertó Damián Manzano y Santiago Ferris se centró en el flujo digital en implantología.

El paciente virtual, la filosofía anti-periimplantitis o la solución de las complicaciones en la elevación del seno maxilar fueron otros

temas tratados por David Alfaro, José Manuel Acuña y Nuno Matos.

En cuanto al resultado del congreso, el presidente de SIOLA, Iván Ortiz, declaró que la organización está apostando por la formación de postgrado tanto en España como en Latinoamérica y que estaban muy satisfechos con la participación en la reunión de Jerez. “Queremos promocionar el conocimiento y espacios como este congreso para desarrollar aún más el nivel formativo” de nuestros miembros, manifestó. SIOLA mantiene estrechos lazos con asociaciones de implantología de Chile, Cuba o Colombia, entre otros países, con los que realiza eventos presenciales y virtuales.



*Conferenciantes y organizadores del congreso.*



*Directores y alumnos del Master Implantología de la U. B.*



Santiago Llata, Director Comercial de GMI, describió sus líneas de implantes Avantgard y Frontier.



Silvia Martín, Directora de KYT Implantes Dentales, volvió de la IDS en Colonia para presentar implantes más efectivos en carga inmediata y mínima invasión.



La compañía Galimplant mostró su sistema de implantes IPS y su nueva línea de limas para endodoncia Endogal.



Pepe Picossi de Bioner, acudió con los implantes Short DM y Top DM.

## La Sociedad Española de Cirugía Bucal reúne en su XVIII Congreso Nacional *Online* a profesionales de diecinueve países

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) ha celebrado durante los días 24 y 25 de septiembre su XVIII Congreso Nacional Online, en el que ha destacado la contundencia de su programa científico y la asistencia de profesionales de Alemania, Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, España, Estado Unidos, Francia, Grecia, Guatemala, Italia, Marruecos, México, Palestina, Perú, Portugal, Reino Unido y Suecia.

El encuentro ha combinado presentaciones pregrabadas con sesiones en vivo, en las que los participantes han podido interactuar con los ponentes y hacer preguntas en tiempo real. Todo este material estará disponible online durante dos semanas más a partir del 28 de septiembre.

El presidente del Comité Organizador, Francisco Cardona, ha expresado su satisfacción por el “éxito con el que se ha desarrollado el congreso, con un cartel de ponentes de primerísimo nivel, en el que se han tocado prácticamente todos los temas que pueden interesar hoy día a un cirujano bucal. Desde el tercer molar -la quintaesencia del cirujano bucal- hasta la cirugía guiada navegada, pasando por el manejo del alveolo posextracción, el paciente oncológico o la periimplantitis”.

Por su parte, Agurne Uribarri, ha puesto en valor la alta participación de másteres y posgrados de Cirugía Bucal y la “cantidad y calidad de las comunicaciones orales y pósteres presentados, lo que da muestra de lo viva que está nuestra Sociedad y del gran futuro que tiene por delante”.



El XVIII Congreso Nacional SECIB *Online* contó en su acto de inauguración con la consejera de Salud del Gobierno de Navarra, Santos Induráin Orduna, quien lanzó un mensaje de optimismo y emplazó a todos los profesionales a asistir de manera presencial al próximo congreso de SECIB, que tendrá lugar en Pamplona los días 15, 16 y 17 de septiembre de 2022. “El lema ‘Lo bueno se hace esperar’ hace gala de un humor muy terapéutico y me parece maravilloso empezar así un congreso”, aseguró.

En su discurso, la consejera navarra elogió también el esfuerzo realizado los odontólogos creando espacios seguros durante la crisis del coronavirus. “Sois los profesionales sanitarios que menos contagios habéis sufrido, lo que da muestra de la concienciación que tenéis en vuestro colectivo de protección hacia vosotros y hacia los ciudadanos”.

Asimismo, el presidente de SECIB, Miguel Peñarrocha se mostró convencido de que la “presencialidad va a llegar pronto y con ella el añorado contacto personal, profesional. En este sentido, ha apelado a “transformar la frustración por no haber podido tener un congreso presencial en ilusión por encontrarnos todos de nuevo en Pamplona el próximo año”.



 **XIX Congreso SECIB**  
Pamplona 15-17 septiembre 2022

Lo bueno se hace esperar.....

 SECIB



## Presentación de la evidencia científica de gapZero

El pasado 20 de septiembre en la casa de las encías

Se expuso la evidencia clínica y científica de los beneficios del **“gap 0” frente a la filtración bacteriana**, con el respaldo de las cátedras Ticare, en la Casa de las Encías (**SEPA**), donde se reunieron presencialmente líderes de opinión de altísimo nivel y conexión en directo internacional.

En el evento, se presentaron los estudios realizados por las Cátedras Ticare de: Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Santiago de Compostela y Universidad de Minnesota, expuestos por los directores de dichas cátedras: el **Prof. Mariano Sanz**, el **Dr. Juan Blanco** y el **Dr. Conrado Aparicio**, respectivamente. Durante el evento, el Prof. Mariano Sanz anunció en primicia la aceptación en una revista de alto impacto del estudio con implantes Ticare que estaba presentando.



La presentación fue de manera presencial para un número reducido de profesionales del sector y se retransmitió en directo a través de Implant Training para los asistentes de más de veinte países.

El evento comenzó con la presentación de **Fernando Mozo**, CEO de Ticare Implants, quien dio paso, a continuación, al **Dr. Ignacio Sanz Sánchez, que actuó como moderador en el evento**, y su ponencia titulada *“The problem of bone remodeling and its possible implication in the development of peri-implant diseases”*.

La intervención del **Dr. Conrado Aparicio** se centró en las investigaciones que demuestran la ausencia de microfiliación bacteriana en los implantes Ticare Inhex, desde el punto de vista de su trabajo como ingeniero director del Minnesota Dental Research Center for Biomaterials and Biomechanics (MDRCBB).

El **Prof. Mariano Sanz** presentó, entre otras investigaciones, el estudio realizado con implantes Ticare con superficie modifi-

cada en pacientes con riesgo de enfermedad periodontal. Precisamente en este momento anunció que el estudio había sido aceptado y está pendiente de publicación en Journal of Clinical Periodontology, una de las revistas científicas con más impacto del sector. El profesor adelantó unos resultados sin remodelación ósea en todos los grupos de implantes Ticare del experimento.

El **Dr. Juan Blanco** concluyó las presentaciones con la exposición, entre otros, del estudio sobre remodelación ósea con implantes Ticare rehabilitados con prótesis personalizada BioCam de Ticare directa a implante o con pilares intermedios. El doctor Blanco adelantó los resultados de este estudio, pendiente de publicación, en los que los implantes evidencian no tener remodelación ósea en ninguna de las dos circunstancias.

Una vez terminada la presentación de los estudios que muestran evidencia clínica y científica de Ticare – gapZero, se llevó a cabo el debate en el que participaron reconocidos líderes de opinión internacionales

El debate, que llevaba por título **“La importancia del gap ‘0’ y su influencia en el mantenimiento del nivel del hueso marginal”**, fue moderado por el Dr. Ignacio Sanz Sánchez y contó con la intervención del **Prof. Norina Forna**, profesor de la Universidad de Iasi de Rumania; **Dr. Hani T. Fadel**, vicepresidente de la Sociedad de Periodoncia de Arabia Saudí; **Dr. Rehab Tarek Elsharkawy**, Prof de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad del Cairo; y **Prof. Firas Al Quran**, Catedrático de Prostodoncia de la Universidad de Jordania.

El evento fue todo un despliegue de evidencia científica y clínica que demostraron que los implantes Ticare consiguen el gap “0” y es el único implante con evidencia científica de ser el implante libre de filtración bacteriana.



## Éxito de la Cumbre Global de Regeneración Ósea, organizada por SEPA



Juan Blanco Carrión

La celebración en Santiago de Compostela de la I Cumbre Global en Regeneración Ósea suponía un enorme reto científico y clínico. Pero también planteaba un verdadero reto organizativo, tanto por las dificultades para reiniciar grandes eventos tras la parálisis provocada por la pandemia de coronavirus como por la notable logística e infraestructura necesaria para llevar

a cabo sesiones clínicas virtuales y cirugías en directo, acompañadas de discusiones y debates online/presenciales. Sin embargo, como nos cuenta el coordinador principal de la reunión, el Prof. Juan Blanco Carrión, “se han superado todas las expectativas”.

La “SEPA Bone Regeneration Online Global Summit” finalizó, tras diez días de intensas sesiones y debates en un congreso semi-presencial con carácter eminentemente internacional y virtual. Reuniones de expertos, talleres, conferencias y cirugías en vivo han protagonizado esta cita pionera, que ha tenido su centro neurálgico en Santiago de Compostela

“El encuentro ha situado a la capital gallega en el centro de atención de la comunidad de regeneración ósea en el mundo de la Periodoncia y los implantes dentales; además, ha servido para poner de relieve el liderazgo de la Universidad de Santiago de Compostela y de la propia Sociedad Española de Periodoncia”.

Más de 7.000 profesionales han participado en este evento, que ha contado con más de un centenar de intervenciones, así como con el apoyo de destacadas fundaciones corporativas de Periodoncia, Regeneración, Rehabilitación e Implantología, una quincena de sociedades científicas internacionales, cerca de una veintena de universidades y casi una decena de sponsors. Todo ello ha facilitado la transmisión, presencial y virtual, de nuevas perspectivas en regeneración y ha acercado a los asistentes las nuevas fronteras en el manejo de tejidos duros y blandos.

Este innovador congreso, promovido por la Fundación SEPA, ha dispuesto del apoyo de instituciones de relevancia y prestigio mundial, como la Foundation for Oral Rehabilitation (FOR), la Oral Reconstruction Foundation (ORF), el International Team for Implantology (ITT) y la Federación IberoPanamericana de Periodoncia (FIPP), entre otras entidades educativas. Igualmente, se ha contado con la colaboración de casi una decena de empresas, que han participado como socios corporativos.

El cartel de ponentes que han intervenido en este evento ha incluido a los expertos más destacados a nivel mundial en el ámbito de la regeneración, con figuras de la talla de Christoph Hammerle, Marc Quirynen, Mariano Sanz o Istvan Urban. Además de mesas redondas, simposios monográficos y cirugías en directo, se han llevado a cabo actividades virtuales ‘Hands On’ y sesiones ‘Meet the Mentor’; especialmente interesante ha sido el encuentro de ocho jóvenes investigadores internacionales con su maestro Daniel Buser.





## Ofertas Especiales

HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2021

### Surgic Pro2

MICROMOTOR QUIRÚRGICO PARA IMPLANTOLOGÍA

MODELO **Surgic Pro2 LED**  
CÓDIGO DE PEDIDO **Y1004195**

Contenido:

- Unidad de control
- Micromotor con luz LED **SGL80M**
- Pieza de mano óptica **X-SG20L** (Reducción 20:1)
- Pedal de control inalámbrico
- Tubo de irrigación (pack de 3) y otros accesorios

**4.329€\***  
6.059€\*

MODELO **Surgic Pro2**  
CÓDIGO DE PEDIDO **Y1004196**

Contenido:

- Unidad de control
- Micromotor sin luz **SG80M**
- Pieza de mano **SG20** (Reducción 20:1)
- Pedal de control inalámbrico
- Tubo de irrigación (pack de 3) y otros accesorios

**3.299€\***  
4.589€\*



## OFERTA ESPECIAL DE LANZAMIENTO

POR SOLO **1.000€** MÁS, LLÉVATE EL PACK **SURGIC PRO2 + OSSEO100+**

### Osseo100+

DISPOSITIVO DE MONITORIZACIÓN DE OSTEointegración

Conexión inalámbrica con el Surgic Pro2. Los valores ISQ obtenidos se transfieren automáticamente a la unidad Surgic Pro2. La conexión Bluetooth no interfiere con otros dispositivos.



MODELO **Osseo 100+**  
CÓDIGO DE PEDIDO **Y1004176**



## Hablamos con Guillermo Pradíes

*Presidente del Comité Organizador del 50 Congreso SEPES*

*Por Patricia Puertolas*



- Profesor Titular y Director del Departamento de Odontología Conservadora y Prótesis Bucofacial de la Universidad Complutense de Madrid (UCM)
- Director del Máster universitario en “Odontología Restauradora basado en las nuevas tecnologías”
- Director del “Diploma universitario en “Implantología Clínica” de la U.C.M.
- EPA (European Prosthodontics Association) Recognised Specialist in Prosthodontics
- Past President de la European Prosthodontics Association (EPA)
- Certified CEREC trainer.
- Más de 100 publicaciones en revistas nacionales e internacionales con factor de impacto.
- Coautor de 4 libros, incluido Digital Restorative Dentistry: a guide to materials, equipment and clinical procedures. (Ed. Springer 2019)
- Associate Editor of “Brazilian Dental Science Journal”.
- Assistant Editor of “European Journal of Prosthodontics & Restorative Dentistry”
- Vicepresidente de la Sociedad Española de Prótesis y Estética (SEPES).
- Dictante de más de 200 cursos y conferencias por invitación a nivel nacional e internacional en más de 30 países.
- Asesor científico y Docente en Pradíes & Laffond Dental Institute

**En pocos días se inaugura el 50 Congreso de SEPES, el lema de este año “Por un paciente feliz” conociendo al presidente del Comité Organizador no es un simple eslogan para llamar la atención. ¿Qué hay detrás de esta frase?**

Detrás de este lema hay un compromiso con nuestros pacientes, un compromiso por su salud, su bienestar y al final de la cadena, por su felicidad. También es una llamada de atención hacia nosotros mismos que nos recuerda que el objetivo de nuestra formación y de nuestro trabajo tiene que ser siempre llegar al bienestar de nuestros pacientes. La deriva vertiginosa a la que nos lleva nuestro día a día, marcada por la incesante aparición en escena de nuevos materiales, tecnologías cada vez más avanzadas, curvas de aprendizaje mas complejas y exigentes en los plazos nos lleva en muchos casos a dar por sentado ese objetivo tan sencillo y a marcarnos el “Santo Grial de la excelencia” como meta primordial, olvidándonos algunas veces de que más importante que eso, es hacer felices a nuestros pacientes.

**¿Cómo ha sido la respuesta de la industria a este congreso?**

Fantástica, no podemos decir otra cosa. Con los sponsors de SEPES a la cabeza, la industria una vez más ha confiado en nosotros, más de 70 empresas estarán presentes en SEPES MADRID y esperamos que se sientan cómodas y que cumplan los objetivos que se han marcado. La situación actual de restricciones nos obliga a cumplir con la limitación de aforo pero aun así habrá un número importantísimo de asistentes que, seguro, se interesarán por la exposición comercial y realizarán pedidos. Además, la industria será la encargada de desempeñar la mayor parte del programa de la primera jornada con un extensísimo simposio de conferencias patrocinadas y workshops.

*“el objetivo de nuestra formación y de nuestro trabajo tiene que ser siempre llegar al bienestar de nuestros pacientes”*



**La rehabilitación protésica y posteriormente la estética, el entorno tradicional de SEPES, se ha ido sobrepasando en los últimos años y en este congreso parece dar un espectacular salto hacia todas las áreas de la odontología. ¿Qué ha cambiado para llegar hasta aquí?**

Bueno, este panorama que dices no es nuevo ni si quiera de los últimos años, es una tendencia hacia lo interdisciplinar que SEPES emprendió hace ya más de una década y que cada año vamos afianzando en nuestros cursos y congresos anuales. Tanto en nuestros simposios anuales SEPES CLÍNICA, SEPES INVIERNO, SEPES DIGITAL como en nuestro programa mensual de formación continuada online y en nuestro congreso, los programas son eminentemente interdisciplinares, no entendemos la profesión si no es con esa vocación de co-participación de las diferentes áreas de nuestra profesión. SEPES MADRID es un claro ejemplo de ello con la estructura de un programa en bloques temáticos sobre periodoncia, ortodoncia, cirugía, materiales, nuevas tecnologías, desgastes. Todos estos bloques serán abordados por magníficos ponentes, con dedicación y formación especializada en los temas correspondientes a esas áreas concretas. En realidad nuestro papel como dentistas SEPES ha sido siempre coordinar estos equipos multidisciplinares.

**Las consecuencias de la pandemia a pesar del alto nivel de vacunación aún están presentes. ¿Qué previsiones de asistencia presencial tienen? ¿Ganará la conexión por la red?**

Como comentaba, este año tenemos un techo impuesto, un límite de aforo presencial que no nos deja sobrepasar los 1500 inscritos, evidentemente es un número mucho menor de los que estamos acostumbrados en los congresos de SEPES pero dadas las circunstancias es el que hay y no admite desvelos. Por supuesto, llegaremos a este techo presencial y colgaremos el NO HAY BILLETES. Esta es la razón por la que hemos articulado la opción de congreso en streaming, para que esto permita que nadie, y de ningún lugar del mundo, se pierda este congreso. En este sentido nos gustaría resaltar la originalidad de esta doble apuesta por lo presencial y lo on line, en la que nos enorgullece ser los primeros en aplicarlo dentro de las sociedades científicas. En SEPES no nos gusta hablar de números porque nuestro objetivo se centra en nuestros socios, pero créeme que la inversión para poder cumplir con este doble escenario ha sido importante. Además, nuestro compromiso es que los socios que asistan, se vean compensados con una reducción en la cuota del año que viene, del 50%, lo cual demuestra una vez más nuestra entrega a nuestro socio.

**¿Cuándo la pandemia pase desaparecerán los congresos y seminarios online o permanecerán?**

No lo creo ni lo deseo, creo que la opción del on line debe coexistir con la presencial, hay público para ambas modalidades. Hay etapas en que necesitas el contacto humano, la cercanía con tus amigos y colegas mas allá de lo que profesionalmente te pueda ofrecer un congreso pero en otros momentos la carga de trabajo en clínica, las horas de docencia, el tiempo que no quieres restar a tu familia y, por qué no, la limitación de recursos económicos que en muchos casos acucian, hacen que la opción de asistencia online sea una opción a tener en cuenta.

**¿Ha contado con apoyo institucional para la celebración del congreso?**

Sí, por un lado el COEM ha desempeñado un papel importante en nuestro congreso con la co-organización junto a SEPES de la Jornada Odontología y Bienestar que tendrá lugar el último día del congreso y en la que quedará patente claramente el lema del congreso Por un paciente feliz. Con la implicación de la Dra. Marisol Ucha, miembro del COEM, hemos programado una serie de ponencias enfocadas a la relación de la odontología con otras áreas de la salud como pueden ser la nutrición, la oncología, el sueño, el estrés, etc.



Por otro lado hemos contado con el apoyo institucional del Ayuntamiento de Madrid a través de su entidad Madrid Convention Bureau MCB que con su programa LEGADO ayudarán a difundir entre la población madrileña los mensajes de la importancia de la salud bucodental y su relación con la salud general y con el bienestar.

**Un congreso es un escaparate para los resultados de la investigación. ¿Cómo valora usted el nivel de investigación en España? ¿Cómo se plasmará esta transmisión de conocimientos nuevos en este congreso?**

El nivel de investigación en España es muy alto, como así lo demuestran los últimos rankings mundiales. La prueba es que el profesor Mariano Sanz y el doctor Eduardo Anitua, aparecen en estos rankings en las primeras posiciones y es un honor para nosotros, precisamente, contar con su participación en el congreso. Por otra parte, el congreso cuenta con investigadores de distintos lugares del mundo que nos mostrarán sus últimos trabajos y con más de 120 comunicaciones científicas y pósteres que han sido cuidadosamente seleccionados por nuestro comité científico con el Dr. Martínez Rus a la cabeza.

*“me gustaría aconsejar a todos los compañeros que se informasen muy bien antes de hacer ciertos cursos”*

**Los Congresos son clave en la formación continuada de la profesión. ¿La oferta formativa de las sociedades científicas en España es suficiente o hay que ir a más?**

La oferta de formación que hoy en día tenemos a nuestra disposición es abrumadora diría yo. Unida a la programación de cursos, congresos, webinars, workshops, etc. que ofrecemos las diferentes sociedades se unen los eventos de la industria, de los centros privados de formación, de las revistas, de los colegios, Consejo, etc., etc., es inabarcable. Sinceramente creo que deberíamos ir cada día mas a un modelo en el que todas las sociedades científicas se agruparan en torno a los eventos científicos, como hace en Portugal la Orden Do médicos dentistas. Esto agruparía la formación de una manera más razonable.

Además, me gustaría aconsejar a todos los compañeros que se informasen muy bien antes de hacer ciertos cursos. Yo creo que

las redes sociales nos están llevando hoy en día a una “formación sin filtro” donde cualquiera se convierte en ponente o docente de un día para otro sin ningún tipo de acreditación científica o clínica más allá de lo bien que se le de el “posicionamiento” en dichas redes.

*“las redes sociales nos están llevando hoy en día a una formación sin filtro”*

**Si unimos las palabras inteligencia artificial y odontología en un buscador, aparece su nombre. ¿Nos puede explicar el concepto de inteligencia artificial en odontología?**

Como sabes llevo más de 15 años dedicado a una intensa actividad en el desarrollo de la tecnología y flujo digital en Odontología. Hoy en día, hablar de flujo digital ya empieza a ser sinónimo también de hablar de inteligencia artificial porque una gran parte de los recursos digitales que utilizamos, desde un escáner intraoral a un diagnóstico ortodóncico fundamentan parte de sus posibilidades en la aplicación de este concepto. Contestando tu pregunta, básicamente la inteligencia artificial permite a la electrónica, tomar decisiones basadas en flujos lógicos previamente establecidos. Lo interesante de la inteligencia artificial es que es capaz de auto aprender y mejorar, analizando su propia información y decisiones previas. Dos ejemplos prácticos serían la capacidad de los escáneres intraorales de borrar automáticamente del escaneado de una arcada dentaria, la lengua del



paciente, que no es necesaria. Otro sería todo lo que hay detrás de la toma de decisiones de los softwares CAD que gobiernan los movimientos virtuales de los dientes en las aplicaciones de los alineadores de ortodoncia.

### ¿La universidad está preparando a los futuros profesionales para trabajar en este entorno digital?

Al menos lo estamos intentando. Yo tengo un título propio de Odontología Restauradora Basado en las nuevas tecnologías que está trabajando en formar posgraduados en este sentido, pero también a nivel de los alumnos del grado, se están dando grandes avances. En la Facultad de Odontología de la UCM tenemos hoy en día 7 escáneres intraorales dedicados solo a la docencia en grado y los alumnos de segundo de carrera, toman sus primeras impresiones de alginato a la vez que sus primeros escaneados intraorales, por poner un ejemplo.

### Lo digital está ya en todas las fases de trabajo. ¿Puede llegar la industria a ser quien dirija al profesional?

G. P. Esa pregunta es difícil de interpretar, pero en todo caso es obvio que el clínico condiciona sus protocolos de trabajo en función de los nuevos desarrollos tecnológicos, y esos obviamente, están en manos de la industria.

### La clínica y la economía para bien o para mal, lo cierto es que caminan juntas. ¿Están las nuevas tecnologías al alcance de los profesionales? ¿La velocidad del cambio tecnológico permite su implementación rentable?

La implementación de tecnología siempre ha supuesto una inversión en todos los ámbitos de actuación, no solo en la Odontología. Por otra parte la obsolescencia programada es un grave fenómeno al que nos enfrentamos todos los días. Nadie necesitaría hoy en día en realidad cambiar del Iphone 11 al 12, pero la industria nos prepara anualmente para ese cambio y la sociedad, termina admitiéndolo. En Odontología este cambio es tan rápido hoy en día que efectivamente en muchos casos, no tenemos tiempo de amortizar la inversión realizada, a nivel económico. Otra cosa es cómo afecta esto a otros ámbitos de nuestra actividad como la seguridad, la comodidad nuestra y del paciente, la excelencia en los tratamientos, etc. esto, se convierte en un intangible que muchas veces no es monetizable o que es difícil de justificar a nivel de inversión.

*“un dentista debe de tratar aquello para lo que se encuentra bien preparado”*

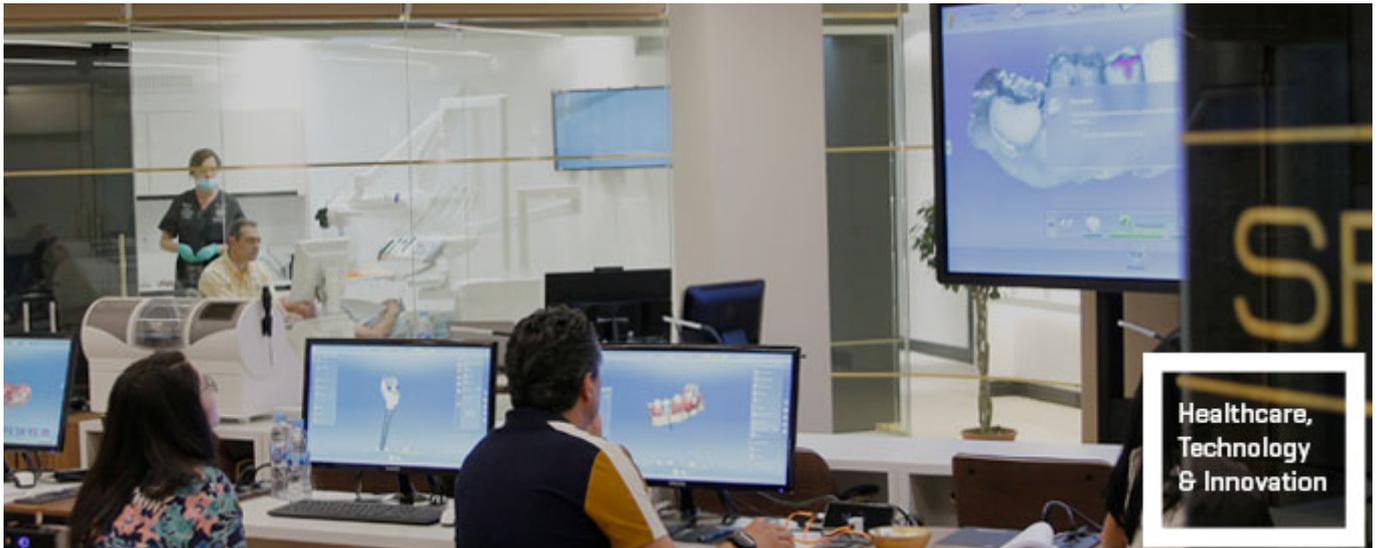
### Las especialidades en odontología, eterno debate, viendo la situación del ejercicio de la profesión con las nuevas tecnologías ¿Se han quedado desfasadas, hay que pensar en modificar su planteamiento, que opina que procede hacer en este momento?

Siempre he creído en las especialidades como necesarias para obtener un conocimiento adicional necesario para poder ofrecer a nuestros pacientes, el mejor tratamiento posible. Sin embargo, no creo y la ley así lo entiende en España, en las especialidades como vehículos para limitar la actividad de un Odontólogo que por ley, puede realizar cualquier procedimiento relacionado con el tratamiento de los dientes, mucosas y tejidos anejos. En cuanto a su interacción con las nuevas tecnologías, insisto en que un dentista debe de tratar aquello para lo que se encuentra bien preparado, y no debe realizar procedimientos ni con nuevas ni con clásicas tecnologías, si no domina su campo de conocimiento y aplicación.

### Usted además de ser líder en conocimiento de las nuevas tecnologías, lo es en su enseñanza. ¿Qué pasos recomienda dar a un profesional de la odontología para iniciarse y no caer en el intento?

Creo que la enseñanza como la actividad más bonita a la que una persona puede dedicarse, pero sin duda conlleva muchos sinsabores. El profesor Universitario, al que se le exige una intensa formación mixta en investigación y docencia realiza un constante sacrificio en tiempo y medios que le dejan prácticamente sin tiempo para el y para la familia, si quiere progresar. Las contraprestaciones que recibe y no me refiero sólo a las económicas, no están proporcionadas con respecto al esfuerzo que realiza. Así pues, si alguien quiere tomar ese camino, que se arme de paciencia, de fuerza de voluntad y que renuncie a una situación económica comparable con los compañeros que no la ejercen.

### Estamos en un momento crucial y polémico ante la saturación de centros de estudios de Odontología, públicos y privados. Usted conoce la profesión y sus necesidades de formación en pregrado. ¿Cree que la



### calidad de tanto centro impartiendo enseñanza está suficientemente garantizada?

Rotundamente no. Parece que hoy en día la relación entre prestigio y calidad de un centro, la da su capacidad para anunciarse en radio, televisión y por supuesto en las redes sociales. Sin ir mas lejos el otro día me hablaron maravillas de un dictante, porque tenía un Instagram estupendo, ese era el criterio de valoración. Que pena.

### ¿Le queda tiempo para otras actividades fuera de la odontología?

Lógicamente muy poco. Sólo me queda algún rato para hacer algo de deporte y para atender a mi familia y amigos mucho menos de lo que me gustaría, pero no puedo culpar a nadie.

### ¿Qué recomendación puede hacer a los profesionales que aún no han entrado en el mundo digital?

Ese supuesto no existe. Ya han entrado, incluso aunque ellos no lo sepan. En cualquier caso, que se formen y que recuerden que

cualquier procedimiento, tiene curva de aprendizaje y que hay que asumirla, pero con positividad.

### En el transcurso de este congreso se procederá a renovar la Junta Directiva de SEPES y aunque falta el tramite asambleario, sabemos que su candidatura es la única presentada y por tanto proclamada para la presidencia en esta nueva etapa. ¿Qué planes inmediatos tiene para la sociedad?

La programación de cursos y congreso es algo que lleva mucho tiempo y dedicación y por ello siempre se hace con mucho tiempo de antelación, la junta actual ya ha estado trabajando en el calendario de eventos de SEPES para 2022 y en la nueva junta terminaremos de concretarlos. Seguiremos con los eventos principales anuales de SEPES como son los simposios SEPES CLÍNICA, SEPES INVIERNO y SEPES DIGITAL que haremos si todo sigue mejorando, presencialmente como mínimo, continuaremos con la formación continuada online y por supuesto con nuestro congreso anual de octubre que celebraremos en Canarias.



Tenemos todo lo  
que necesitas para  
tu clínica dental

**NewTom**



Trabaja **CÓMODO**  
Trabaja **FELIZ**

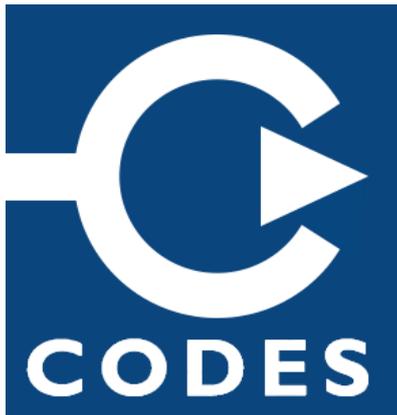


946 076 521

[info@sonriaxfavor.es](mailto:info@sonriaxfavor.es)



**sonría**  
**xfavor**



## Hablamos con Jesús Fieyro González

*Presidente del Colegio de Dentistas de Asturias*



*Por Alejandra Llorente*

### **La pandemia ha sido un antes y será un después, pero mientras. ¿Cómo ha incidido o está incidiendo en la actividad del Colegio?**

En el Colegio de Asturias la incidencia de la pandemia, sobre todo durante el excepcional confinamiento inicial, ha sido especialmente dura por cuanto ha supuesto varios meses de incertidumbre, de falta de información, de falta de medios de protección y, sobre todo, de escasa colaboración de la Administración Sanitaria de Asturias con este Colegio y los profesionales dentistas privados que han tenido que seguir atendiendo a los pacientes mientras que los centros de salud (y sus unidades bucodentales) cerraron sus puertas. En definitiva, un desconcierto inicial generalizado sobre qué hacer y qué directrices seguir. El Colegio ha tenido una sobrecarga importante de actividad por cuanto los colegiados solicitaban soluciones y protocolos que seguir ante esta situación tan especial. La Formación continuada ha tenido que reinventarse con soluciones online al objeto de continuar con un valor importante de la organización colegial. El personal del Colegio ha estado a la altura y ha respondido a ello de la mejor manera posible, prestando todo el apoyo y la información necesaria a los colegiados.

### **¿Qué aspectos estima han cambiado más en la práctica profesional de los dentistas?**

Si se refiere a los cambios apreciados durante esta situación de emergencia sanitaria, es evidente que los aspectos vinculados a las cuestiones preventivas, organizativas y de desinfección en las clínicas, se han extremado. Si bien, en general, estas medidas ya eran las adecuadas y suficientes con anterioridad, la pandemia ha hecho que aspectos como, por ejemplo, la protección personal y del paciente, la organización de las agendas y todas las cuestiones relacionadas con la prevención de las infecciones cruzadas en las clínicas, han sido especialmente implementadas por los dentistas con un gran éxito por cuanto prácticamente no se reportaron focos de contagios en las clínicas asturianas. En

definitiva los protocolos han funcionado, a pesar del indudable riesgo que suponían las actividades de los dentistas y del estrecho contacto de los mismos con los pacientes y los aerosoles.

### **¿Cómo valora la respuesta general de los profesionales ante este reto sanitario?**

En general ha sido excepcional. Han estado, a pesar de la falta de directrices claras, de ayudas por parte de la Administración y del desinterés mostrado por la misma con la actividad sanitaria privada, a la altura esperada para un profesional sanitario que atiende patologías bucodentales excluidas del sistema público nacional de salud.

### **¿Qué tipo de proyectos desarrolla el Colegio de Asturias y cuáles son sus planes para los próximos meses?**

La pandemia ha frenado algo los planes que la Junta de Gobierno actual recogía en su programa electoral, si bien ya se están reactivando. Cuestiones como la reforma estatutaria, la mejora de la formación continuada, la implementación del e-colegio, el impulso de la Fundación creada por el Colegio y, en general, de los servicios que se prestan a los colegiados y a la sociedad comienzan a coger el ritmo necesario.

### **¿Cuáles son los problemas más importantes de la profesión en este momento?**

Desde mi punto de vista creo que desde todos los colegios coincidiremos en la mayoría de los problemas de nuestra profesión. La falta de regulación normativa actualizada y adecuada, el desinterés de la Administración por la salud bucodental, la plétora profesional, la mercantilización de la actividad sanitaria, el intrusismo, la publicidad sanitaria, son cuestiones endémicas de

nuestra profesión muy relevantes, y en los que los dirigentes de la organización colegial apenas cuentan con la comprensión y colaboración de los políticos y legisladores para intentar solucionar y regular.

### ¿La publicidad y el intrusismo son problemas crónicos en la mayoría de los Colegios? ¿Cómo se viven en Asturias?

En el Colegio de Asturias estos problemas se viven con especial relevancia, si bien desde la Consejería de Salud no se presta el interés necesario para su solución o, al menos, para minimizar sus nefastos efectos sobre la salud bucodental de los ciudadanos.

### ¿Cómo es la relación del Colegio con las Instituciones Sanitarias de Asturias?

Es escasa y algo tormentosa. Desde la Consejería de Salud no se nos presta la adecuada atención y constantemente se actúa, digamos, de manera sectaria e impositiva sin tener en cuenta las recomendaciones y planteamientos que se realizan desde el Colegio. La regulación de las autorizaciones sanitarias de las clínicas, la publicidad sanitaria, el intrusismo, las inspecciones y, en general, todos los aspectos que dependen de dicha Consejería no se atienden con la suficiente diligencia e interés, y se imponen criterios absurdos y, en ocasiones, abusivos y sin el criterio técnico adecuado.

*“Desde la Consejería de Salud no se nos presta la adecuada atención”*



Junta Gobierno CODES.

### Usted lleva años ya en la profesión. ¿Cuál ha sido el cambio más notable en los últimos tiempos?

Creo que los aspectos más relevantes de los cambios han sido en los aspectos tecnológicos, los biomateriales y los protocolos terapéuticos. España, a mi entender, sigue siendo un referente mundial de la buena práctica profesional y de la puesta al día de la misma.

### ¿Qué tipo de incidencias o problemas le suelen trasladar los colegiados?

En general son cuestiones relativas a su ejercicio profesional, a aspectos tratados en las preguntas anteriores, a su relación con la Administración y a aspectos médico-legales.

### En estos días se han publicado los últimos datos demográficos de la profesión y el dato más relevante y ya esperado es el elevado número de profesionales odontólogos en España. ¿Cree usted que el numerus clausus es una necesidad? ¿Qué otras medidas deberían tomarse?

Es una cuestión que, desde mi punto de vista, ha sido menospreciada por la Administración con unas consecuencias imprevisibles y que pueden incidir notablemente sobre la calidad asistencial. La irrupción de las Universidades privadas en la formación de dentistas, con un afán económico y mercantilista en la mayoría de las ocasiones, ha supuesto que, ante la desidia de la comunidad universitaria y de los legisladores por poner coto a esta situación, nos encontremos con un exceso de profesionales muy cualificados y con cada vez menos expectativas de llevar a cabo su proyecto profesional. Los dentistas son unos profesionales formados en un aspecto asistencia muy especializado y concreto, que no pueden ser reciclados hacia otras actividades sanitarias o profesionales. La plétora conlleva un mercado laboral cada vez más competitivo y, por tanto, con mayor riesgo de influir sobre la salud bucodental. Las empresas de prestación de servicios sanitarios bucodentales que han irrumpido en el sector encuentran un mercado laboral muy favorable para llevar a cabo un proyecto empresarial que, aunque lícito, incide más sobre los aspectos mercantilistas que sobre los propiamente sanitarios. Es claro que, como se ha hecho con la medicina, el numerus clausus es necesario y redundaría en mantener unos estándares profesionales adecuados y de buena salud bucodental. Otras medidas a tomar, a mi modo de ver, serían de tipo formativo como, por ejemplo, la implantación de un “practicum” de una duración determinada a la finalización de los estudios de grado.

### ¿Cree que la formación de los nuevos odontólogos es la adecuada para enfrentarse a su salida de la universidad al reto de atender a sus pacientes?

Opino que la atención de los pacientes en nuestra actividad sanitaria, que en su mayor parte es privada, requiere algo más que conocimientos científico-técnicos. En nuestra actividad no solo se tratan pacientes, se tratan pacientes que además son clientes o usuarios (como dicen las Autoridades Sanitarias) que requieren un especial trato y conocimiento de las relaciones interpersonales, de los derechos y obligaciones de estos pacientes, de la relación médico-paciente y, en definitiva, de todas las cuestiones jurídicas relativas a dicha relación. Esta cuestión no se encuentra especialmente atendida por las universidades en la formación de grado, y por ello sería interesante y necesario que desde la Organización colegial pudiéramos incidir en la formación sobre las mismas. Igualmente, y como había indicado en la pregunta anterior, no estaría de menos que se pensara en implantar un modelo de "practicum" al finalizar la formación de grado, en el que durante un tiempo determinado los recién egresados pudieran adquirir experiencia en estancias con profesionales más experimentados.

*"la atención de los pacientes en nuestra actividad sanitaria, ... , requiere algo más que conocimientos científico-técnicos ... un especial trato y conocimiento de las relaciones interpersonales"*

### Una vez terminados los estudios de grado la formación continuada es básica para un buen ejercicio profesional. ¿Cree que la oferta formativa para los profesionales en España es suficiente para cubrir la necesidad de una buena Formación Continuada?

En general opino que la formación continuada que se viene desarrollando en España es muy interesante y adecuada, si bien haría una llamada de atención sobre los aspectos económicos de algunas actividades formativas que en ocasiones es excesivamente cara y se encuentra al alcance de muy pocos.

### La atención sanitaria requiere de un alto grado de humanidad por parte de quienes la prestan. ¿Los planes de docencia abordan este aspecto? ¿Qué medidas estima deberían potenciarse?

Como he indicado anteriormente, esta cuestión no se aborda de manera adecuada y suficiente en los planes de docencia de grado en las universidades. Percibo que la atención sanitaria, en general, cada vez es más deshumanizada y menos cercana, prestándose más atención a la patología concreta y determinada que a la interacción de esa patología con el ser humano en su conjunto que la padece. No soy optimista con las medidas a tomar ya que conllevan un cambio del paradigma actual en el que está muy presente el aspecto económico de la cuestión.

*"la atención sanitaria, en general, cada vez es más deshumanizada"*

### ¿Cree que los odontólogos son buenos gestores como empresarios? ¿Desde el Colegio se presta algún tipo de apoyo a los profesionales que tienen problemas de gestión en sus clínicas particulares?

Creo que los odontólogos, por lo general, no somos buenos gestores. Tras la finalización de los estudios, la entrada en el mercado laboral se hace de forma muy inmediata y sin haber tenido una mínima formación en los aspectos económicos de una actividad profesional, por lo general autónoma. Desde el Colegio hemos llevado a cabo algunos cursos formativos sobre estas cuestiones, pero por desgracia en la mayoría de las ocasiones no han tenido el éxito esperado. La formación continuada científico-técnica es la que, por lo general, interesa más al colegiado, máxime si tenemos en cuenta que en el momento actual la mayor parte de los jóvenes colegiados son trabajadores por cuenta ajena (incluidos los, digamos, falsos autónomos) y, por tanto, es una cuestión poco relevante para ellos.

### Preguntar por las especialidades a un representante colegial parece obligado desde hace más de treinta años. ¿Qué opina usted de cómo debería hacerse?

Es obvio que en España es necesario la implantación de las especialidades oficiales en Odontología y que desde la Organización colegial se viene reclamando desde hace años. Si hablamos del modelo entramos en un ámbito complejo por cuanto puede suponer un conflicto de intereses entre diversos actores (universidades, colegios, macroclínicas, ...). El modelo de OIR (odontólogo interno residente) que hace tiempo fue propuesto y presentado por el Dr. Villa Vigil, como presidente del Consejo General, me parece interesante y posible, si bien habría que llegar a consensuar algunos aspectos que eviten los enfrentamientos y disensiones.

**Las encuestas ponen de manifiesto que una cuarta parte de los pacientes sólo acude al dentista en caso de urgencia y buscando la solución puntual. ¿Qué consejo puede dar a los compañeros más jóvenes que se ven ante este tipo de pacientes, para motivarlos y mejorar la asistencia?**

Esta cuestión es un mal endémico de la profesión, en parte por el modelo sanitario en la atención sanitaria bucodental que la sanidad pública mantiene en este país. Cuando se habla del dentista siempre se relaciona con el alto coste de sus tratamientos, sin tener en cuenta que el resto de las prestaciones sanitarias de cualquier especialidad están incluidas en el sistema público y, por tanto, son gratuitas aun teniendo unos costes (para las arcas públicas) mucho mayores. La mayoría de los pacientes no son capaces de valora el alto coste de esas prestaciones gratuitas y al compararlas con las bucodentales, que son privadas, establecen esa percepción "de lo caro que es el dentista". Más que consejos a los compañeros, se trataría de fomentar desde las Administraciones públicas que la salud debe ser integral y que la prevención en cualquier especialidad es lo fundamental. Entiendo que no solo los dentistas seamos los que tengamos que explicar a la población lo que cuesta esa prestación sanitaria que los gobernantes mantienen fuera del sistema, y que de no mantener una continuada prevención asistencial los costes se disparan. No obstante los dentistas debemos incidir también en ello y hacer entender a nuestros pacientes que esa prevención es la prestación sanitaria más económica de todo el Sistema Sanitario, tanto público como privado.

**Permítanos entrar en su vida personal. ¿Qué o quién le ha marcado especialmente en su vida profesional?**

Si tengo que hablar de alguien en concreto, en primer lugar hablaría de mi padre el Dr. Jesus Frieyro Zurita quien junto con mi abuelo el Dr. Enrique Frieyro Amor-Ruibal, me han sabido transmitir los valores de la profesión médica y del trato al pa-

*"lo que más me ha hecho crecer como profesional, es mantener los valores de la medicina que son los de la odontología"*



ciente de una manera humanista, siendo mis referentes en lo que se refiere al trato a el paciente, no olvidemos que nuestra profesión es médica y que tratamos con personas no solo con bocas, pero en esta pregunta tengo que hacer referencia por supuesto al Dr. Javier González Tuñón anterior presidente y con el que trabaje 18 años, teniendo la oportunidad de atender ininidad de pacientes y disfrutar de una formación con los mejores profesionales del mundo y como no al Dr. John C. Kois quien me hizo recuperar la ilusión por esta profesión cuando en algún momento de mi carrera pensé que la había perdido.

**Ya hablando de usted. ¿Cuáles son las aficiones de un dentista que en este momento dedica parte de su tiempo a sus compañeros desde la presidencia del colegio?**

Cuando las aficiones de un dentista como yo principalmente están basadas en actividades deportivas y viajar, la verdad que se necesita mucho tiempo, si a esto le sumamos los casi dos años de esta terrible pandemia, es verdad que ese tiempo ha estado muy limitado, pero trato de buscar el mínimo, sobre todo por las mañanas, para mantenerme en forma durante la semana y así aprovechar los fines de semana para disfrutar de una de mis grandes pasiones que es la montaña, y con la llegada de las primeras nevadas se intenta dejar tiempo también para de deportes de invierno.

**Por último, un consejo para sus compañeros que empiezan la vida profesional.**

Mi mejor consejo, desde mi punto de vista, lo que más me ha hecho crecer como profesional, es mantener los valores de la medicina que son los de la odontología muy cerca de mi profesión, y de mi vida, tratar a los pacientes no solo como si tratara a mi padre o a mi madre, que también, si no que tenemos que pensar en cómo haríamos ese tratamiento a nosotros mismos, ese es un aspecto muy importante. Con respecto a la formación, hacerlo de una manera pausada y no tener excesiva impaciencia por acumular títulos, tenemos que formarnos durante toda la vida pero hay que hacerlo de una manera lógica, según mi humilde opinión, y dar tiempo a asentar los conocimientos adquiridos y reforzarlos con la experiencia, teniendo en cuenta que los que más se van a beneficiar de todo esto serán nuestros pacientes.

QUIERE  
**FINANCIACIÓN  
FÁCIL?**  
PARA SUS PACIENTES

**FINCLINIKS**®  
FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL



CONVENIO  
CON NUEVAS  
FINANCIERAS

infórmese en  
**918 291 241**

**¡NOVEDAD!**

**NUEVA PLATAFORMA AUTOMATIZADA,  
MUCHO MÁS SENCILLA Y ÁGIL**

🌐 [www.fincliniks.com](http://www.fincliniks.com) | ✉ [info@fincliniks.com](mailto:info@fincliniks.com)

## Chancro sifilítico

*Francisco Cardona Tortajada, MD, DOS, PHD*  
*Jefe de Sección de Salud Bucal. Servicio Navarro de Salud*

Presentamos dos casos de úlceras induradas en la mucosa oral:

- Un varón de 25 años, que acudió a las consultas de la Sección de Salud Bucodental con una lesión en la mucosa oral. Tenía una úlcera retrocomisural en el lado izquierdo, ligeramente sangrante, indurada, de un mes de evolución (**figura 1**), y un ganglio submandibular a nivel del primer molar inferior izquierdo, de unos 2 cm de tamaño, rodadero y doloroso al tacto.
- Una mujer de 53 años, acudió a las consultas de Salud Bucodental con una lesión ulcerada en labio inferior, indurada, y con un ganglio submandibular derecho (**figuras 2, 3 y 4**), de unos quince días de evolución, de unos 2 cm de tamaño, rodadero y doloroso al tacto.

Ante esta clínica, se sospechó que pudieran tratarse, entre otras cosas, de una enfermedad de transmisión sexual.

Los análisis realizados desvelaron:

- Caso a:
  - ✓ RPR (rapid plasma reagin) positivo 1/64.
  - ✓ Ac. treponémicos totales – CLIA (inmunoensayo quimioluminiscente): > 70 S/CO (positivo  $\geq 1$  S/CO).
  - ✓ Citomegalovirus Ac IgG: 2,8.
  - ✓ Citomegalovirus Ac IgM: 74,6.
  - ✓ Resto de analíticas: Negativas.
- Caso b:
  - ✓ RPR (rapid plasma reagin) positivo 1/32.

- ✓ Ac. treponémicos totales – CLIA (inmunoensayo quimioluminiscente): 14,65 S/CO (positivo  $\geq 1$  S/CO).

El diagnóstico para ambos casos fue de sífilis primaria.

El caso a fue remitido al Servicio de Enfermedades Infecciosas del Complejo Hospitalario de Navarra, donde confirmaron el diagnóstico y le pusieron tratamiento con una dosis única de 2,4 millones de penicilina benzatina IM.

El caso b fue tratado directamente por su médico de Atención Primaria; al presentar reacción alérgica a la penicilina, fue tratada con doxiciclina 100 mg, cada 12 horas durante 14 días.

Nos encontramos ante dos chancros sifilíticos, la manifestación clínica típica de la sífilis primaria. La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, producida por el *Treponema pallidum*, conocida como la gran imitadora, porque puede semejar multitud de enfermedades. En este caso nos encontramos con unas úlceras orales, sangrantes, induradas, que podría hacer sospechar en un carcinoma oral de células espinosas.

Así pues, ésta es una enfermedad que siempre deberemos tener en mente para realizar los oportunos diagnósticos diferenciales. Importante tener en cuenta la úlcera indurada y la presencia de un ganglio satélite.



Figura 1:



Figura 2:



Figura 3:



Figura 4:



## Carga inmediata con rehabilitación provisional mediante la técnica de electrosoldadura intraoral. A propósito de un caso clínico

**Dr. Ismael Soriano Santamaría**

*Doctor en Odontología Cum Laude. UAX.*

*Experto clínico periodontal. UCM.*

*Máster de Cirugía e Implantología oral. US*

*Experto en Cirugía avanzada con atroñas óseas severas y cirugía de Implantes Cigomáticos. INEPO.*

*Director médico del área de cirugía, periodoncia, prostodoncia e Implantología del Centro de Formación en Implantología.*

*Ponente de cursos nacionales e internacionales de cirugía.*

**Dra. Carla Sofía Bonilla García**

*Graduada en Odontología. URJC.*

*Máster de Prótesis sobre implantes. URJC.*

### RESUMEN

Al ferulizar múltiples implantes, debe conseguirse un ajuste pasivo de la estructura con el fin de prevenir un reparto desmedido de la tensión y fuerza sobre los implantes. La carga en el momento del abordaje quirúrgico de varios implantes mediante la soldadura de una barra de titanio sobre pilares de provisionalización inmediata colocados directamente en la cavidad oral crea una restauración provisional reforzada con metal pasiva, precisa, estable y personalizada.

En el caso a continuación, la paciente solicita una rehabilitación fija que siga una sistemática efectiva con un tiempo de tratamiento reducido con el objetivo de cumplir sus expectativas y satisfacción mediante una función inmediata y una apariencia mejorada.

**Palabras claves:** *rehabilitación implantológica, carga inmediata, electrosoldadura intraoral.*

### ABSTRACT

When splinting several implants, a passive fit of the structure must be accomplished in order to prevent excessive distribution of stress and force on the implants. Loading multiple implants at the time of surgical approach by welding a titanium bar onto immediate provisionalization abutments placed directly in the oral cavity creates a passive, precise, stable and customized metal-reinforced provisional restoration.

In the case below, the patient requests a fixed rehabilitation that follows an effective system with a reduced treatment time so as to meet her expectations and satisfaction through immediate function and improved appearance.

**Keywords:** *implant restoration, immediate loading, intraoral welding.*

### INTRODUCCIÓN

Se sabe que la rehabilitación de pacientes con edentulismo parcial o total supone un desafío para la práctica diaria del profesional odontológico, sin contar la complicada tarea propia de un equipo multidisciplinar de evaluar la influencia y relevancia de numerosos factores de riesgo de origen periodontal, endodóntico o protésico que pueden afectar el pronóstico de un diente, repercutiendo en la decisión de si debe tratarse y mantenerse o extraerse y posiblemente reemplazarse. Entre

las opciones de tratamiento, se ha demostrado que las prótesis mejoran la calidad de vida y proporcionan una óptima satisfacción al paciente. Cuando se logra suficiente estabilidad primaria, la probabilidad de un tratamiento exitoso implantosoportado es alta, y se puede aplicar una carga inmediata. La carga inmediata representa un abordaje válido, con elevadas tasas de supervivencia tanto de los implantes como de la prótesis, que permite el asentamiento de pilares y estructura en un solo procedimiento, restaurando la función y estética en un tiempo de tratamiento reducido.

Una buena estabilidad primaria, que es criterio esencial para la obtención de la futura osteointegración y un requisito previo para la función inmediata sobre implantes, se puede conseguir gracias a la técnica de electrosoldadura de barras de titanio sobre pilares de provisionalización inmediata. De hecho, el procedimiento se puede realizar directamente en la boca eliminando la posibilidad de errores o distorsiones debidas a la toma de impresiones y positivado de modelos.<sup>1,2</sup> La unidad de soldadura intraoral consta de un acumulador de energía, un potenciómetro y una pinza. Este dispositivo emite una carga eléctrica muy intensa, pero por un período tan corto que con el material adecuado, el calor liberado no se propaga a las áreas adyacentes al punto en el que se posiciona la pinza. El proceso de soldadura se subdivide en tres etapas: preparación, soldadura (de 2 a 5 milisegundos a una temperatura aproximada de 1.660 grados Celsius) y enfriamiento.<sup>3</sup> El diseño del implante tiene un gran efecto en la estabilidad primaria; la densidad ósea, el procedimiento quirúrgico y la forma y geometría del implante son los principales determinantes de ésta. Debido al desarrollo de una condición mecánica autorroscante, se cree que la macrogeometría del implante desempeña una de las funciones clave en el mantenimiento de la solidez.<sup>4</sup>

Sin embargo, en ocasiones, la rehabilitación con implantes en maxilares atróficos puede ser imposible debido a la insuficiencia de hueso.

La técnica de electrosoldadura intraoral representa la ventaja de una restauración inmediata el mismo día de la cirugía, estabilidad y retención de los implantes en las primeras etapas de la consolidación ósea y menos fracturas del implante debido a la reducción del tiempo de restauración. Aun así, para un diagnóstico adecuado y correcto seguimiento, se requiere realizar un sondaje cuidadoso de los tejidos blandos periimplantarios, así como una evaluación radiográfica de los niveles del hueso marginal que sirva para descartar cualquier tipo de patología presente en la periferia del implante.<sup>5,6</sup>

La interpretación de los datos y uso de un software de diseño y fabricación asistida por ordenador (CAD/CAM) para el diseño de una estructura metálica que posteriormente se transmitirá al centro de modelado para la fabricación de la prótesis definitiva, aseguran un ajuste pasivo más consistente y superior, ya que el proceso CAD/CAM permite la omisión de varios pasos utilizados en la técnica convencional que introducen inexactitudes, las cuales pueden volverse más evidentes cuanto más amplia sea la estructura. Entre otros beneficios atribuidos al diseño y fabricación digital destacan la reducción de costos de producción, la mejora de la eficacia del tiempo de tratamiento y el cumplimiento de las percepciones de los pacientes sobre

un concepto de terapéutica moderna.<sup>7,8</sup> Este caso ejemplifica y le da un rostro a los datos más recientes sobre el éxito a largo plazo y la alta previsibilidad de una barra de titanio soldada intraoralmente en implantes de carga inmediata.

## DESARROLLO

Paciente femenino de 48 años de edad, no fumadora, en buen estado de salud, alérgica al Metamizol, que no refiere antecedentes médicos o personales de relevancia, solicita un tratamiento implantosoportado para la restitución de la función y estética de forma inmediata. Durante la exploración clínica se observan ausencias dentales, piezas dentarias talladas descubiertas a consecuencia de la pérdida y falta de las restauraciones unitarias fijas que llevaba, lesiones cariosas en los dientes presentes, filtraciones marginales y caries bajo las restauraciones fijas dentosoportadas, y una indeseable y evidente translucidez y exposición de la parte metálica de las restauraciones implantosoportadas en la zona vestibular del sector anterior. El examen clínico se complementa con una Tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), que permite visualizar una notable pérdida ósea alrededor de los implantes presentes en la boca.

## PLAN DE TRATAMIENTO

### Aspectos generales

- Sedación consciente intravenosa.

### En el maxilar

- Exodoncia de las piezas 14, 15, 16, 17, 26, 27.
- Explantación de los implantes en posición 11, 12, 13, 21, 22, 23.
- Colocación de implantes en posiciones 11, 13, 15, 16, 22, 26.
- Provisional fijo superior desde la posición 16 hasta la 26, de carga inmediata con electrosoldadura intraoral.

### En la mandíbula

- Exodoncia de las piezas 31, 32, 33, 34, 41, 42.
- Colocación de implantes en posiciones 32, 34, 42, 46.
- Provisional fijo inferior desde la posición 34 hasta la 42, de carga inmediata con electrosoldadura intraoral.

## TRATAMIENTO

Una vez recogidos en la historia clínica los datos pertinentes de la paciente y firmado el respectivo consentimiento informado, se procede a realizar la exploración sistemática extraoral e intraoral (**Figuras 1-6**), seguida de la planificación quirúrgica según la información recopilada.



Fig. 1. Situación inicial. Fotografía frontal extraoral.



Fig. 5. Situación inicial. Fotografía oclusal superior.



Fig. 2. Situación inicial. Fotografía frontal intraoral.



Fig. 6. Situación inicial. Fotografía oclusal inferior.



Fig. 3. Situación inicial. Fotografía lateral derecha.

Mediante un CBCT (**Figuras 7-9**), se programa la colocación de los implantes tomando en cuenta las explantaciones y exodoncias a realizar.



Fig. 7. Ortopantomografía inicial.



Fig. 4. Situación inicial. Fotografía lateral izquierda.

La intervención se realiza bajo sedación consciente intravenosa, por un médico anestesiólogo. Previo a la cirugía, el anestesiólogo administra los fármacos necesarios, proporcionales a los requerimientos de la paciente; se utilizan Midazolam, Fentanilo y Propofol. Durante todo el tratamiento la paciente permanece monitorizada con pulsioxímetro y el anestesiólogo gradúa el suministro de los medicamentos con perfusión continua y de for-

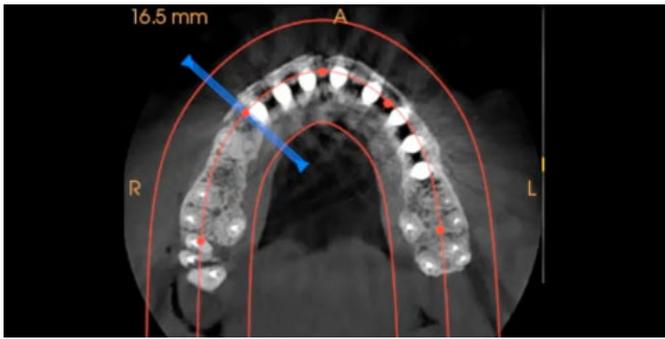


Fig. 8. CBCT inicial. Corte axial correspondiente a la arcada superior.

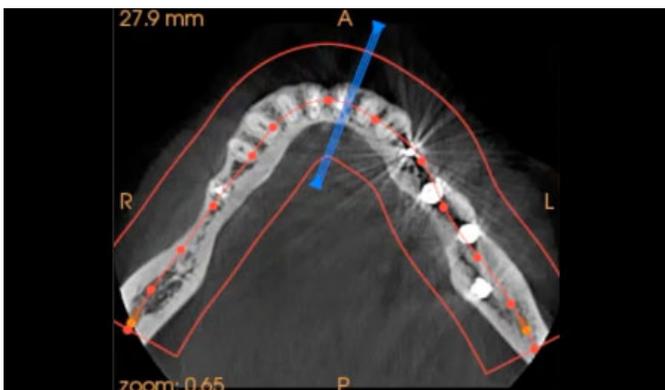


Fig. 9. CBCT inicial. Corte axial correspondiente a la arcada inferior.

ma puntual con bolos de fármacos. Localmente, se anestesia los maxilares mediante técnica infiltrativa con Articaína 40 mg/ml + Epinefrina 0,01 mg/ml.

Se inicia la cirugía realizando las exodoncias programadas de las piezas 14, 15, 16, 17, 26 y 27, y se preparan los lechos óseos con un legrado minucioso previo a la colocación de los implantes. Posterior a las exodoncias maxilares, se procede a realizar la explantación de los implantes en posición 13, 11 y 22. Se realiza la incisión lineal a espesor total y despegamiento (Figuras 10 y 11).



Fig. 10. Explantación de los implantes colocados antiguamente para la posterior colocación de los nuevos implantes en los lechos óseos despejados.

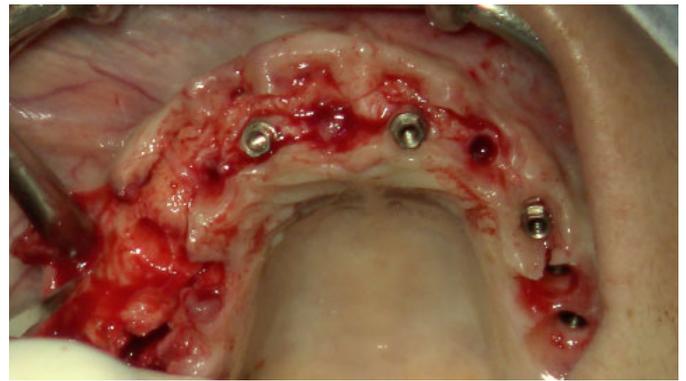


Fig. 11. Incisión y despegamiento a espesor total en el maxilar.

Con una velocidad de 1.000 rpm y con la asistencia del set de paralelizadores disponible en la caja quirúrgica, se efectúa la secuencia de fresado acompañada de una irrigación ininterrumpida con suero fisiológico. Las posiciones planificadas para los implantes en el maxilar son 11, 13, 15, 16, 22 y 26 (Figura 12).



Fig. 12. Secuencia de fresado en el maxilar.

Se utilizan implantes RADHEX®, de la línea PHIA de plataforma hexagonal interna con cuerpo altamente autorroscante y cambio de plataforma, con las siguientes medidas:

- Posiciones 11, 13 y 22 de Ø 4,5 x 12 mm, estándar.
- Posición 15 de Ø 4 x 12 mm, estándar.
- Posiciones 16 y 26 de Ø 5 x 12 mm, estándar.

Una vez hecha la preparación del lecho óseo, se procede a la colocación de cada implante en la arcada superior con una velocidad de 25 rpm y un torque de 40 N/cm (Figura 13).

Posteriormente, se sitúan los pilares transeptiliales impregnados en TERRAMICINA® y se posicionan los pilares de provisionalización inmediata sobre los cuales asentará la prótesis provisional superior. Se procede a la explantación de los implantes en posición 21, 12 y 23, producto de la gran pérdida ósea y formación de defectos alrededor de los mismos, y se colocan

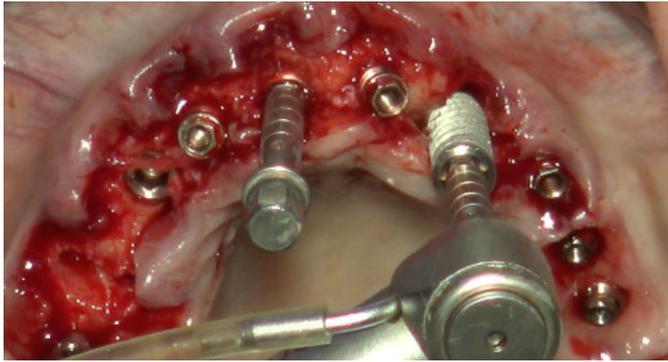


Fig. 13. Colocación de los implantes superiores con el apoyo del set de paralelizadores propio de la caja quirúrgica empleada.

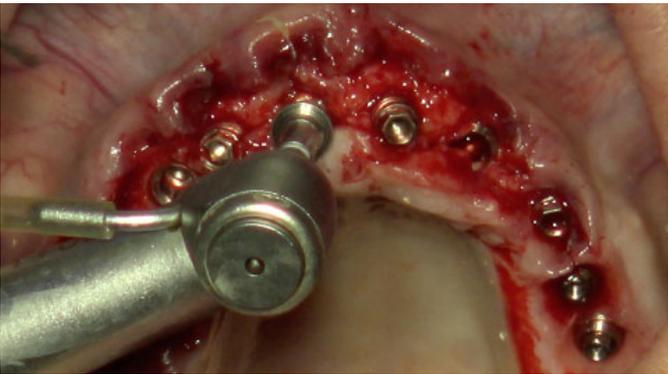


Fig. 14. Colocación de los pilares transeptiliales superiores impregnados en pomada antibiótica.

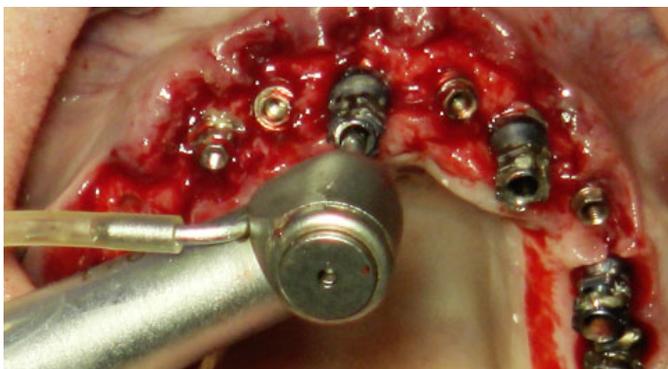


Fig. 15. Posicionamiento de los pilares de carga inmediata en el maxilar.

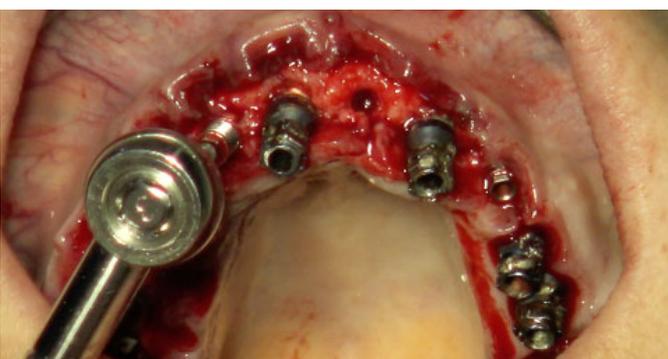


Fig. 16. Explantación de los implantes antiguos restantes.

en los lechos postexplantación esponjas hemostáticas empapadas en pomada antibiótica. Se cierra la herida dando puntos simples con una sutura reabsorbible de ácido poliglicólico de 4/0 de grosor del hilo (Figuras 14-17).

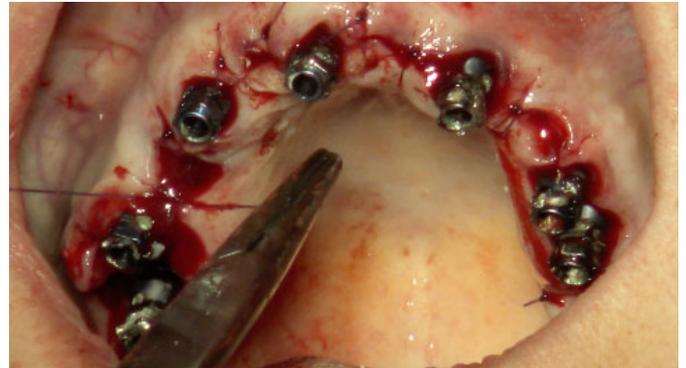


Fig. 17. Momento de sutura en el maxilar.

Mediante dos barras de titanio de grado II de 1,5 mm (palatino), otras dos barras de 1 mm (vestibular) de diámetro y la técnica de electrosoldadura se ferulizan entre sí los implantes colocados (Figura 18).



Fig. 18. Técnica de electrosoldadura intraoral llevada a cabo en el maxilar.

Una vez fijados los pilares de carga inmediata en la arcada superior por medio de la soldadura, se confecciona la prótesis provisional maxilar con una extensión de 16 a 26 para el restablecimiento de la función y estética de la paciente desde el día de la cirugía. Para su elaboración, se apoya sobre las caras vestibulares de los pilares de carga ferulizados un frente estético realizado con una llave de silicona que, posteriormente, será completado con composite de autocurado basado en la tecnología de probada calidad nano-híbrida de poco tiempo de aplicación, estética óptima, un menor grado de rugosidad superficial, brillo sin pulido y una extraordinaria duración. Se finaliza con el contorneado y acabado de los márgenes de la prótesis provisional (Figura 19-21).



Fig. 19. Acomodación del frente estético sobre la estructura soldada en el maxilar.



Fig. 20. Uso de composite autopolimerizable para la elaboración de la prótesis provisional maxilar.



Fig. 21. Contorneado y acabado de los márgenes de la prótesis provisional en la arcada superior.

En la mandíbula se lleva a cabo la exodoncia de las piezas 31, 32, 33, 34, 41 y 42, y la preparación del lecho óseo para recibir los implantes en posiciones 32, 34, 42 y 46. Se procede a realizar la incisión lineal, despegamiento a espesor total y secuencia de fresado siguiendo el orden establecido por el fabricante (**Figuras 22 y 23**). De igual forma, los implantes seleccionados son RADHEX®, de la línea PHIA de plataforma hexagonal interna con un diseño que responde a situaciones límite donde la calidad del hueso demanda geometrías que brinden una alta estabilidad primaria, que es de carácter imperativo en los abor-

dajes en los que se desea realizar una carga inmediata como es el caso. Se planificaron las siguientes medidas según la posición del implante:

- Posiciones 32 y 42 de Ø 3,5 X 12 mm, estándar.
- Posición 34 de Ø 4 X 10 mm, estándar.
- Posición 46 de Ø 4 X 8 mm, estándar.



Fig. 22. Exodoncia de piezas inferiores.



Fig. 23. Incisión en el sector anteroinferior.

En primer lugar, se colocan los implantes correspondientes a las posiciones 42 y 46. Una vez situados, se ubica el pilar de cicatrización del implante en posición de 46 impregnado en pomada antibiótica para la conformación del perfil de emergencia de la restauración unitaria implantosoportada y manejo de tejidos blandos alrededor de éste. Se continúa con la colocación de los pilares transeptiliales en la zona inferior sobre el resto de los implantes. Seguidamente, se posicionan los pilares de carga inmediata, los cuales servirán de soporte para la prótesis provisional inmediata mandibular. Una vez suturados los tejidos, se inicia con la electrosoldadura a nivel inferior utilizando dos barras de titanio de grado II de 1,5 mm (lingual), otras dos barras de 1 mm (vestibular) de diámetro con el fin de conseguir una estructura ferulizada que permita conservar los tejidos y repartir las fuerzas oclusales brindando estabilidad y resistencia (**Figuras 24-29**).

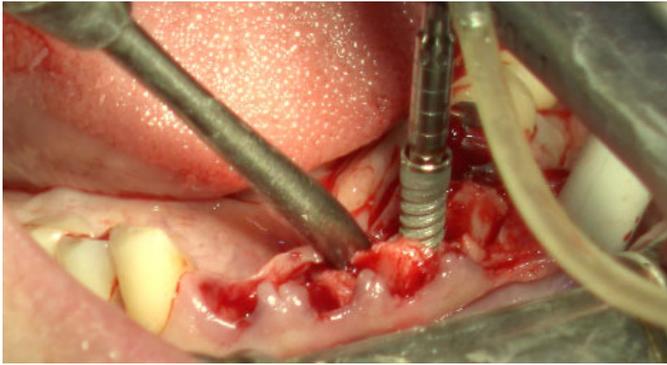


Fig. 24. Colocación de los implantes en la mandíbula.



Fig. 28. Sutura inferior.

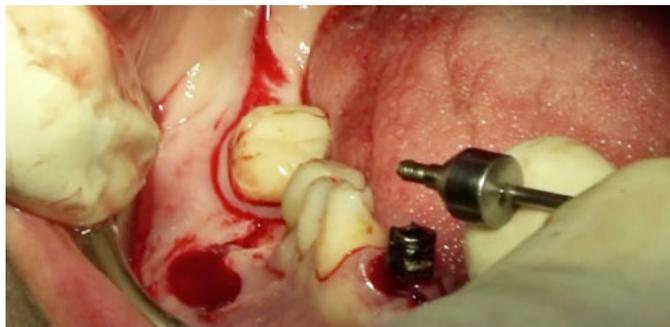


Fig. 25. Colocación del pilar de cicatrización sobre implante en posición 46.



Fig. 29. Electrosoldadura intraoral inferior.

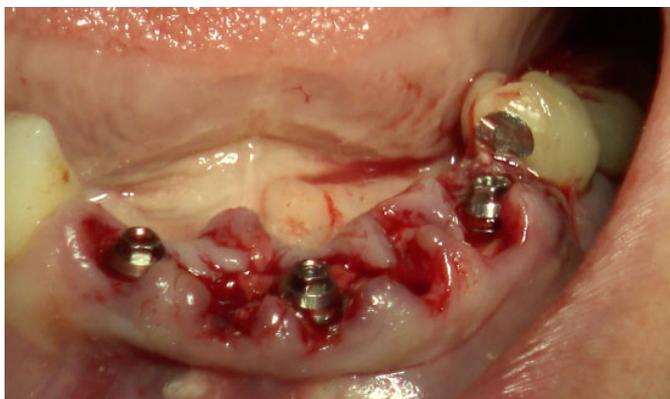


Fig. 26. Pilares transepiteliales colocados en la arcada inferior.

Una vez ferulizados los pilares de carga inmediata por medio de la técnica de electrosoldadura intraoral en la arcada inferior, se confecciona la prótesis provisional con una extensión de 34 a 42 con composite autopolidizable sobre la estructura metálica. Se le da un contorno anatómico respetando los tejidos blandos y se ajusta la oclusión con respecto a la prótesis antagonista (**Figuras 30 y 31**).



Fig. 27. Pilares de provisionalización inmediata inferiores ubicados en la boca.

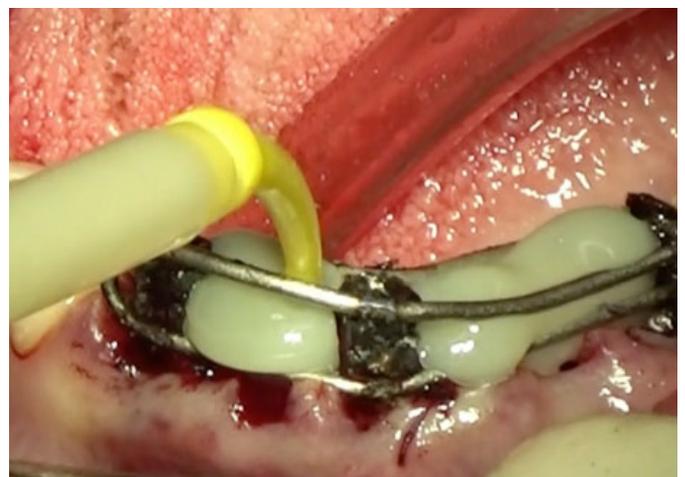


Fig. 30. Confección de la restauración provisional inferior.



Fig. 31. Contorneo del provisional inferior y ajuste de oclusión.

Se realiza un CBCT postquirúrgico para la confirmación de un correcto posicionamiento de los implantes y ajuste de la estructura, además de ser un método reproducible y comparable en el tiempo para la realización de un adecuado seguimiento y mantenimiento a lo largo de los años posteriores a la intervención (Figuras 32 y 33).

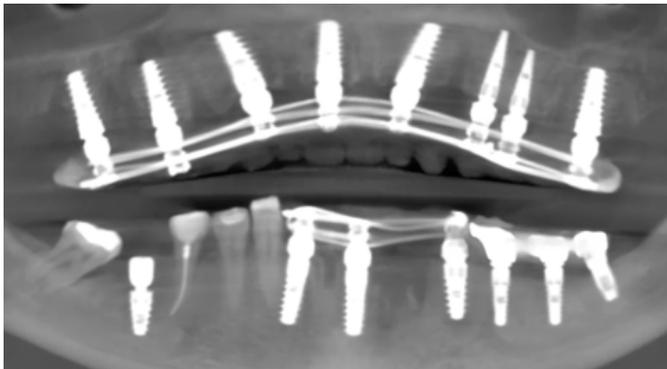


Fig. 32. Ortopantomografía final extraída del CBCT postquirúrgico.

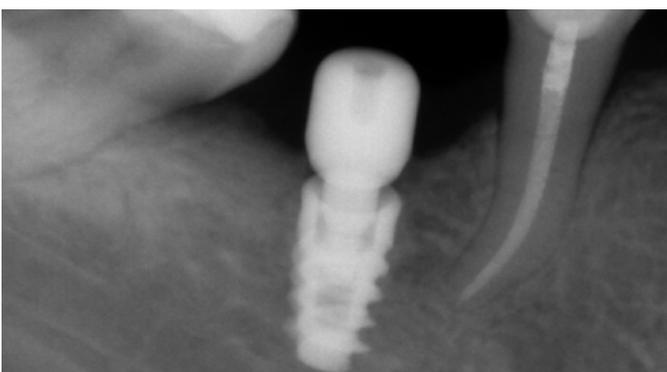


Fig. 33. Radiografía periapical de implante en posición de 46 donde se visualiza el correcto asentamiento y ajuste del pilar de cicatrización.

Tras el periodo de osteointegración, se procede a la toma de medidas y registro oclusal, momento en el cual se definen los parámetros estéticos (tamaño y forma de los dientes, exposición del borde incisal en reposo y relación con el labio in-

ferior, línea media, línea de sonrisa, línea de caninos, entre otros aspectos) y se envía al laboratorio la receta escrita con las especificaciones y datos necesarios para la realización del trabajo. El técnico de laboratorio escanea los modelos para una planificación digital del caso y diseño en tres dimensiones (3D) de las prótesis definitivas a través de la tecnología CAD/CAM. Primeramente, envían una estructura metálica para su prueba en boca y corroboración de un correcto ajuste y espacio protésico para el posterior recubrimiento estético. Se envían de nuevo al laboratorio junto con un nuevo registro oclusal las estructuras metálicas para la adición de porcelana una vez hechos los arreglos con la finalidad de obtener como resultado una configuración compensada de las prótesis finales (Figuras 34-38).

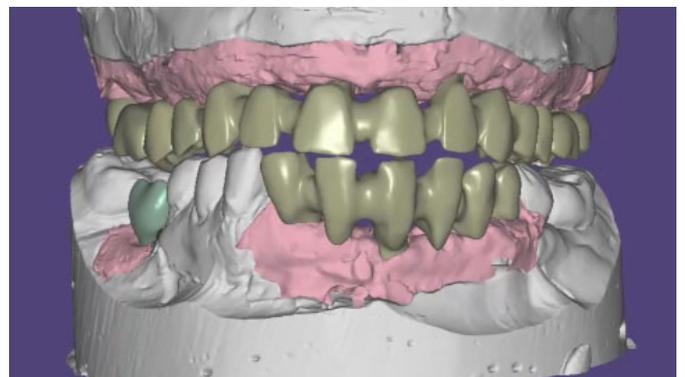


Fig. 34. Visión frontal. Diseño CAD/CAM.



Fig. 35. Visión extraoral. Prueba de estructuras metálicas.

Se comenta a la paciente el control periódico establecido y régimen de visitas que deberá seguir a partir de la colocación definitiva de las restauraciones con el fin de comprobar una correcta evolución del tratamiento junto con instrucciones de higiene oral e indicaciones relevantes para el adecuado mantenimiento de las prótesis e implantes.



Fig. 36. Visión intraoral. Prueba de estructuras metálicas.



Fig. 37. Fotografía intraoral. Prótesis definitivas.



Fig. 38. Fotografía extraoral. Prótesis definitivas.

## DISCUSIÓN

Si bien no existen diferencias significativas en las tasas de éxito entre un protocolo de carga inmediata y uno convencional, y los resultados estéticos son comparables entre ambos, la reducción del tiempo de tratamiento puede explicar la popularidad de la carga inmediata. Desde el punto de vista del paciente, existe un afincado interés en acortar los plazos entre la colocación del implante y la colocación de una prótesis funcional, proporcionando una comodidad y estética de forma más rápida. Además de una menor incomodidad para el paciente,

la ganancia de tiempo implica un beneficio económico especialmente para el paciente profesional y/o socialmente activo. Se puede suponer que, desde la perspectiva del odontólogo, el ahorro de tiempo en el consultorio es beneficioso desde el punto de vista financiero. Por otro lado, actualmente las expectativas de comodidad al masticar y el resultado de la prótesis han aumentado en comparación con los inicios de la era implantológica y la actitud y la satisfacción del paciente con las restauraciones protésicas están influenciadas por las tendencias actuales y cánones de belleza. Además, la capacidad de adaptarse a las dentaduras postizas removibles disminuye con la edad y, con el creciente número de quejas de pacientes relacionadas con 'algo removable', se espera un aumento de solicitudes de rehabilitaciones fijas.<sup>9,10</sup> El diseño macroscópico de los implantes influye en la inserción quirúrgica, determina la superficie de transmisión de las cargas y define la distribución de las tensiones al hueso. El torque máximo de inserción depende de la geometría del implante, la forma de la rosca y la rugosidad de la superficie. Los implantes sometidos a un tratamiento de superficie tienen mayor rugosidad, mayor coeficiente de fricción y mayores cifras de torque de inserción que los implantes de superficies mecanizadas.<sup>11</sup>

Entre las ventajas de la electrosoldadura intraoral se encuentran la estabilización de los implantes, la provisionalización inmediata, la reducción del riesgo de fallo durante el período de cicatrización, la eliminación de errores causados por una toma de impresión deficiente y una posible reducción de las quejas y molestias del paciente. No obstante, es importante recalcar que es esencial que la prótesis temporal no obstaculice la cicatrización de los tejidos blandos, que los implantes estén ferulizados rígidamente durante todo el período de provisionalización y que la prótesis esté en equilibrio con el antagonista independientemente del material de éste para mejorar la distribución de las cargas sobre los implantes.<sup>10,12,13</sup>

Cabe destacar que también existen circunstancias que parecen inducir el fracaso temprano de los implantes como la falta de estabilidad primaria, el trauma quirúrgico y la contaminación perioperatoria. Por otro lado, la sobrecarga oclusal y la periimplantitis parecen ser los factores más importantes asociados con el fracaso tardío.<sup>14</sup>

El régimen de visitas establecido por el profesional y el cumplimiento del mismo por parte del paciente, al igual que una higiene oral adecuada, son pilares fundamentales para el éxito de todo tratamiento odontológico, y éste no es la excepción.<sup>15</sup>

Se requieren investigaciones más amplias durante períodos de tiempo más largos para determinar mejor el éxito a largo plazo de este enfoque.

## CONCLUSIÓN

En el caso de llevar a cabo un protocolo de carga inmediata, la adecuada estabilidad de los implantes ayuda a prevenir el riesgo de micromovimientos y reducir significativamente el problema de pérdida de implantes. Se ha demostrado que la ferulización rígida de múltiples implantes mediante la técnica de electrosoldadura intraoral es una opción eficaz para la estabilización de los implantes en restauraciones inmediatas y da como resultado un ajuste y fijación predecible en la etapa

inicial para el restablecimiento óseo. El propósito de un protocolo de carga inmediata es disminuir el número de intervenciones quirúrgicas y aminorar el período de tiempo entre la cirugía y la colocación de la restauración sin comprometer la tasa de éxito implantológica. Realizar una carga inmediata requiere un enfoque multidisciplinar que supone el abordaje de una situación clínica a partir de una planificación global que solucione satisfactoriamente los problemas y expectativas de los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thomé G, Caldas W, Bernardes SR, Cartelli CA, Gracher AHP, Trojan LC. Implant and prosthesis survival rates of full-arch immediate prostheses supported by implants with and without bicortical anchorage: Up to 2 years of follow-up retrospective study. *Clin Oral Implants Res*. 2020 Nov 19. doi: 10.1111/clr.13678. Epub ahead of print. PMID: 33211323.
2. Zitzmann NU, Krastl G, Hecker H, Walter C, Waltimo T, Weiger R. Strategic considerations in treatment planning: deciding when to treat, extract, or replace a questionable tooth. *J Prosthet Dent*. 2010 Aug;104(2):80-91. doi: 10.1016/S0022-3913(10)60096-0. PMID: 20654764.
3. Dal Carlo L, Pasqualini ME, Mondani PM, Rossi F, Moglioni E, Shulman M. Mondani intraoral welding: historical process and main practical applications. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2017 Apr-Jun;31(2 Suppl 1):233-239. PMID: 28691478.
4. Dayan C, Geckili O, Bural C. The Influence of Implant Shape on Primary Stability of Implants With a Thread Cutting and Forming Design: An Ex Vivo Study. *J Oral Implantol*. 2019 Jun;45(3):181-185. doi: 10.1563/aaid-joi-D-18-00158. Epub 2019 Jan 31. PMID: 30702967.
5. Fogli V, Camerini M, Lauritano D, Carinci F. Success and high predictability of intraorally welded titanium bar in the immediate loading implants. *Case Rep Dent*. 2014;2014:215378. doi: 10.1155/2014/215378. Epub 2014 May 22. PMID: 24963419; PMCID: PMC4054875.
6. Berglundh J, Romandini M, Derks J, Sanz M, Berglundh T. Clinical findings and history of bone loss at implant sites. *Clin Oral Implants Res*. 2020 Dec 19. doi: 10.1111/clr.13701. Epub ahead of print. PMID: 33340414.
7. Joda T, Ferrari M, Gallucci GO, Wittneben JG, Brägger U. Digital technology in fixed implant prosthodontics. *Periodontol 2000*. 2017 Feb;73(1):178-192. doi: 10.1111/prd.12164. PMID: 28000274.
8. Lin WS, Harris BT, Zandinejad A, Morton D. Use of digital data acquisition and CAD/CAM technology for the fabrication of a fixed complete dental prosthesis on dental implants. *J Prosthet Dent*. 2014 Jan;111(1):1-5. doi: 10.1016/j.prosdent.2013.04.010. Epub 2013 Nov 1. PMID: 24189115.
9. Huang H, Wu G, Hunziker E. The clinical significance of implant stability quotient (ISQ) measurements: A literature review. *J Oral Biol Craniofac Res*. 2020 Oct-Dec;10(4):629-638. doi: 10.1016/j.jobcr.2020.07.004. Epub 2020 Aug 14. PMID: 32983857; PMCID: PMC7494467.
10. De Bruyn H, Raes S, Ostman PO, Cosyn J. Immediate loading in partially and completely edentulous jaws: a review of the literature with clinical guidelines. *Periodontol 2000*. 2014 Oct;66(1):153-87. doi: 10.1111/prd.12040. PMID: 25123767.
11. Dos Santos MV, Elias CN, Cavalcanti Lima JH. The effects of superficial roughness and design on the primary stability of dental implants. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2011 Sep;13(3):215-23. doi: 10.1111/j.1708-8208.2009.00202.x. Epub 2009 Sep 9. PMID: 19744197.
12. Pasqualini ME, Lauritano D, Rossi F, Dal Carlo L, Shulman M, Meynardi F, Colombo D, Manenti P, Comola G, Zampetti P. Rehabilitations with immediate loading of one-piece implants stabilized with intraoral welding. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2018 Jan-Feb;32(2 Suppl. 1):19-26. PMID: 29460514.
13. Albiero AM, Benato R, Fincato A. Immediately Loaded Intraorally Welded Complete-Arch Maxillary Provisional Prosthesis. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2015 Sep-Oct;35(5):725-31. doi: 10.11607/prd.2293. PMID: 26357702.
14. Sakka S, Baroudi K, Nassani MZ. Factors associated with early and late failure of dental implants. *J Investig Clin Dent*. 2012 Nov;3(4):258-61. doi: 10.1111/j.2041-1626.2012.00162.x. Epub 2012 Aug 27. PMID: 22927130.
15. Degidi M, Nardi D, Piattelli A. Immediate loading of the edentulous maxilla with a final restoration supported by an intraoral welded titanium bar: a case series of 20 consecutive cases. *J Periodontol*. 2008 Nov;79(11):2207-13. doi: 10.1902/jop.2008.080141. PMID: 18980531.

## Florestán Aguilar y la Academia Nacional de Medicina



AUTOR:

Javier Sanz  
Académico de Número de la Real  
Academia Nacional de Medicina  
de España  
Magister en Bioética Clínica (UCM)  
Profesor de "Historia de la  
Odontología y Bioética" (UCM)

Entre los nombramientos de mayor prestigio alcanzados por Florestán Aguilar está el de Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina, si bien apenas pudo disfrutar este logro por tiempo escaso de un año y medio. No obstante, no estuvo exento de dificultades el camino hasta tomar posesión del sillón nº 10 de la entonces bicentenaria corporación. Desgraciadamente, apenas un año y medio pudo disfrutar de este honor.

No era un desconocido para la Academia. Florestán Aguilar había tenido algún contacto previo con la Academia Nacional de Medicina. En la sesión de gobierno de 28 de octubre de 1914 se discutió un informe de la Comisión de Gobierno sobre la provisión de dos cátedras de la Escuela de Odontología por el procedimiento establecido en la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857 "y demás disposiciones vigentes", de tal manera que se pusieron sobre la mesa los nombres de los candidatos, pasándose a la votación secreta, que arrojó el siguiente resultado: *para la primera plaza obtuvo 22 votos D. Florestan Aguilar y Rodriguez, con 5 papeletas blancas. Y para la segunda, D. Bernardino Landete Aragón, 18 votos, con 6 papeletas blancas*<sup>1</sup>, cuentan las actas de la corporación.

Además, Aguilar participó en las "Conferencias de extensión de cultura médica" que esta institución celebró en 1917, dictando una bien armada conferencia titulada *Las restauraciones buco-faciales*, tras haber sido presentado elogiosamente por el Secretario perpetuo, Ángel Pulido<sup>2</sup>. En esos momentos, el conferenciante lideraba la profesión odontológica y pertenecía al mismo claustro que una buena parte de los académicos de número de esta institución.

### La vacante.

Fue que se produjo una vacante en la sección de "Anatomía" -"Anatomía é Histología normales y patológicas"- por fallecimiento del Dr. Juan

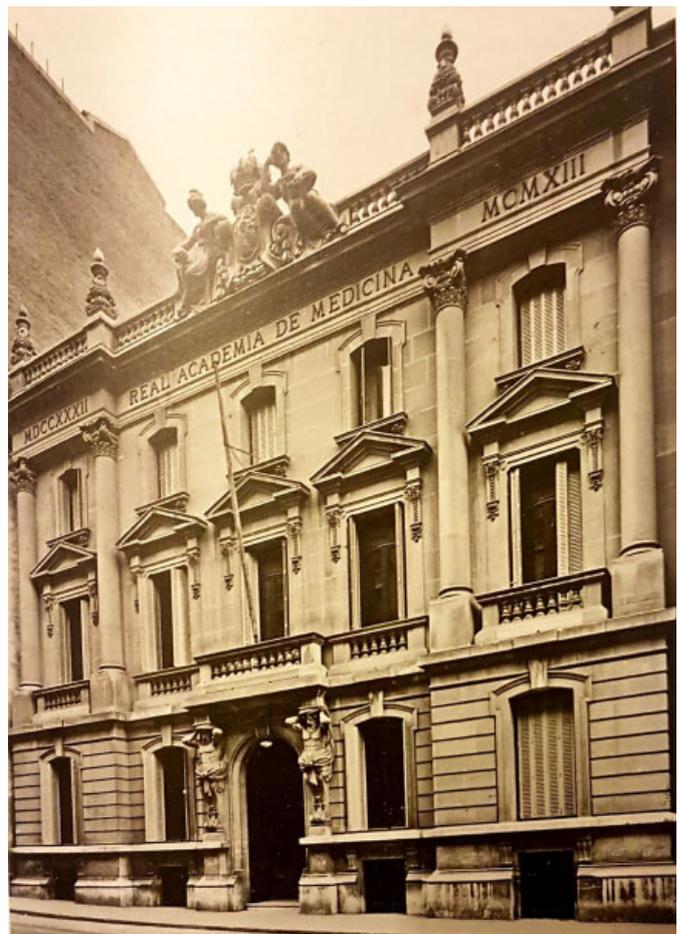
Cisneros Sevillano<sup>3</sup> el 23 de marzo de 1925. En la sesión de gobierno del 3 de junio siguiente: *El Secretario que suscribe dió cuenta de la vacante causada por fallecimiento del Académico de número Sr. Cisneros y se acordó anunciar la vacante y su provisión en la Gaceta de Madrid, conforme disponen los Estatutos de la Corporación*<sup>4</sup>. La plaza convocada pertenecía a la sección de Anatomía y no faltó quien pensara que quien debía suceder a Cisneros debería ser un anatómico al uso.

Y fue que se suscitó una polémica por el dictamen al respecto de la sección de Anatomía, de tal manera que el presidente, Carlos María Cortezo, recién reincorporado el 27 de junio a dicho cargo tras recuperarse de un grave accidente, *manifestó que debiera modificarse el dictamen de la Sección por proponerse en él un candidato sólo, con eliminación de los otros dos restantes*. Sin embargo, un predilecto discípulo de Cajal, Jorge Francisco Tello, se mostró contrario a este parecer y ya con motivo del debate intervinieron Fernández Caro, Espina, Mariscal, Pittaluga, Decref, Márquez y repetidas veces los Sres. Tello y Cortezo.

El presidente, contrario a la propuesta de Tello de que se diera lectura al informe de la sección y no se discutiera hasta la próxima sesión, ordenó que se leyeran los artículos del reglamento y los estatutos, referentes a las elecciones de los académicos de número y así diversos miembros de número mostraron sus pareceres encontrados. Pittaluga advirtió del riesgo de que el cuerpo académico votara en contra del único candidato que proponía la sección, Decref advertía de *la necesidad de que la Sección de Anatomía proponga individuos manifestamente impuestos en tal materia* y Márquez manifestó *la improcedencia de excluir como legos en Anatomía candidatos que ejercen con prestigio especialidades quirúrgicas*, tal era el caso de quien había originado la vacante, como se verá después.

El presidente sugirió, razonablemente, incluir a los tres candidatos propuestos, *colocados en el orden que la sección estimara, pero dejando a la Academia en libertad de votar a quien estime mas merecedor, evitando así lo que parecería señalar a la Academia quien debiera cubrir la vacante lo que no puede hacer la seccion*<sup>5</sup>.

El 6 de julio se prosiguió con el asunto, de tal manera que Tello defendió un dictamen de la sección, al cual el presidente objetó que *se modificase en el sentido de hacerle comprensivo de los tres aspirantes*. Decref se mostró partidario de, además del candidato de la sección, Leonardo de la Peña, incluir a Botella, *pero que mantenía su actitud respecto a la eliminación del Sr. Aguilar*. Se intentaron sacar adelante dos propuestas, una incluyendo a los tres candidatos, que fue rechazada por 20 votos contra 10, y otra de Pittaluga pidiendo la revisión del acuerdo de la sección, que asimismo fue rechazada por 22 contra 7 y 1 abstención. No lográndose acuerdo alguno, se suspendió la sesión<sup>6</sup>.



*La Academia Nacional de Medicina en tiempos de Florestán Aguilar.*

Por fin, el 10 de octubre tuvo lugar la votación definitiva, no sin polémica. El presidente *encareciendo la necesidad, por la índole del asunto que habia de discutirse, de la mas perfecta serenidad y orden en el debate* dirigió la sesión con autoridad y dio paso a la lectura del dictamen de la sección., tras lo cual opinaron algunos académicos al respecto. Slocker se manifestó en contra del mismo haciendo ver *lo preciso que era reformar el dictamen de la Sección* y firmaron con él Recasens, Marañón, Márquez, Esina, Amalio Gimeno, Goyanes, Mollá, Sarabia y Pulido presentando este texto, a la larga definitivo para desatascar el asunto: *Los Académicos que suscriben tienen el honor de proponer a esta Academia que el informe presentado por la Sección primera sea enmendado en la siguiente forma: 1º Que manteniendo el preambulo y parrafo primero del informe sea suprimido el parrafo 2º; y 2º Que el párrafo 3º donde dice "de los aspirantes admisibles la Seccion estima que el orden de méritos en relación con la Anatomía obliga a proponer en primer lugar a Dn. Leonardo de la Peña y en segundo lugar a Dn. Ernesto Botella" se agreguen las palabras "y en tercer lugar a Dn. Florestan Aguilar"*.

Continuó el debate con la participación de varios miembros dispuestos a dar su opinión y así Criado se mostró inamovible sobre lo que dijo el 6 de julio, Gimeno rechazó la eliminación de Aguilar, Tello impugnó la enmienda en nombre de la sección, Codina aprobaba modificar el dictamen, Decref se mostró en contra de la enmienda, Márquez se mostró partidario de la misma *sometiendo a la academia su estimación paralela, en las disciplinas médico-quirúrgicas, de las especialidades, entre las que se comprendía la Odontología*, Tapia –miembro de la sección- estimó lo aportado por Slocker y manifestó que *no tenía inconveniente en admitir la enmienda y suponía igual actitud en sus compañeros*. Por último, Tello se manifestó de acuerdo con lo expuesto por Tapia y un recalcitrante Joaquín Decref y Ruiz, que como el candidato Aguilar había nacido en La Habana –el 28 de febrero de 1864-, *hizo constar su contrario parecer*.

Fue así que la presidencia, *admitida la enmienda, por la mayoría de la Sección, preguntó a la Academia si votaba el dictamen conforme quedaba con ella redactado, siendo aprobado el dictamen en tal forma con el sólo voto en contra del Sr. Decref*. Se procedió pues a la votación, retirándose Decref de la sala, en la que participaron Fernández Caro, Criado, Cospedal, Hergueta, Huertas, Isla, Tapia, Tello, Slocker, Espina, Amalio Gimeno, Martín Salazar, Mariscal, Castro, Goyanes, Mollá, Sarabia, Márquez, Recasens, Valle y Aldabalde, Díaz del Villar, Rodríguez Pinilla, Álvarez Ude, Codina, Elizagaray, Carracido, Bayod, Casares, Madrid Moreno, Jiménez, González Álvarez, Piñerúa, Marañón, Simonena, Fernández Sanz, Maestre, Cortezo y Pulido. El secretario leyó las cartas recibidas de los ausentes: Pittaluga votando a Aguilar, Cajal a Peña en primera votación y a Botella si fuera eliminado Peña; y también un telegrama de Murillo votando a Botella y otros de García Izcara y de Pérez Valdés inclinándose por Botella.

Efectuada la primera votación, el recuento de los votos dio el siguiente resultado: Florestán Aguilar, 17 votos; Leonardo de la Peña, 14; Ernesto Botella, 9. Papeletas en blanco, 3.

Al no haber alcanzado ningún candidato los votos necesarios, se procedió a la segunda votación, de la cual ya no formaba parte Botella de acuerdo al reglamento, y ahora se impuso Aguilar por 21 votos por los 19 de Leonardo de la Peña –que también sería elegido Académico de número, en 1928-, resolviendo la corporación, como dicen las actas, que *En consecuencia el Presidente proclamó Académico de número electo al Excm<sup>o</sup>. Sr. Dn. Florestán Aguilar y Rodríguez*

En este punto convendrá hacer siquiera algún mínimo comentario a la luz de los estatutos y reglamento en vigor, aprobados en 1917<sup>8</sup>. Es cierto que la sección 1<sup>a</sup> se denominaba “De Ana-



*Florestán Aguilar en su recepción en la Academia Nacional de Medicina el 7 de junio de 1933.*

tomía é Histología normales y patológicas”, de ahí que Tello pudiera pensar que el currículo de Aguilar encajaría mejor en la sección 4<sup>a</sup> “De Cirugía y especialidades quirúrgicas” pues, además, el artículo 6<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, de los estatutos decía, en cuanto a los requisitos “Para ser Académico de número”: *Haberse distinguido notablemente en los ramos de la Sección á que haya de pertenecer, por medio de publicaciones originales, por actos públicos ó por una práctica acertada y meritoria, que le haya granjeado un crédito reconocido*. Sin embargo, quedaba reciente el caso del finado Juan Cisneros Sevillano que había dejado vacante la plaza pues era no era un anatomista en tanto que tal, sino que desde el 11 de marzo de 1911 había venido desempeñando oficialmente la cátedra de “Enfermedades de los oídos, nariz, y laringe con su clínica” en la Facultad de Medicina de la universidad Central<sup>9</sup>. Se planteaba, pues, el dilema siguiente: no causar un agravio comparativo a Aguilar con Cisneros o aprovechar la ocasión para encauzar definitivamente la pertenencia a la sección con expertos en la materia. En el discurrir del caso queda claro que la corporación optó por lo primero.

El tortuoso procedimiento, en el que Decref tomó una actitud significada contra los méritos de Aguilar, debió dejar en éste un poso de amargura pues persona tan diligente, rodeada además de excelentes colaboradores y bien provista de medios, no daría lectura al reglamentario discurso de ingreso de inmediato. Es más, tardó ocho años en hacerlo. Curiosamente, este logro no aparece en la revista de su propiedad y dirección, “La Odontología”, durante los meses siguientes, cuando otras noticias de menor rango eran incluidas siquiera como una reseña.

Es cierto que Aguilar venía padeciendo graves problemas oculares que afectaban a su visión, pero tampoco eso disculpa tan extenso retraso. Al fin, en 1933, se daba cuenta en esta revista

de la mejora del electo académico, si bien sufrió un nuevo empeoramiento:

*Ha regresado a Madrid nuestro querido director D. Florestán Aguilar; su dilicado (sic). estado de salud le obligó a permanecer en París una larga temporada, donde como ya saben nuestros lectores, fue operado por el ilustrado oculista Dr. Poyales de catarata en el ojo derecho.*

*A los dos meses de operado ha tenido que someterse a nueva operación de extracción capsular por catarata secundaria, secuela de la primera operación.*

*El estado actual del Dr. Aguilar, vencida algunas complicaciones surgidas después de esta segunda operación, es satisfactorio, esperando fundadamente el Dr. Poyales que le presta los más solícitos cuidados recobre la visión nuestro querido amigo<sup>10</sup>.*

## El "polémico" discurso de ingreso.

Sin haber quedado resueltos sus problemas visuales, Florestán Aguilar ingresó en la Academia el 7 de junio de 1933, cuando la corporación celebraba ese año su segundo centenario. Lo hizo con el discurso preceptivo titulado *Origen castellano del prognatismo en las dinastías que reinaron en Europa*, que publicó el Instituto de España y también en casi su totalidad la revista dirigida por Cortezo, "El Siglo Médico"<sup>11</sup>. El recipiendario no pudo dar lectura al mismo y de ello daba fe la nota del diario ABC del día siguiente: *Como el nuevo académico ha sido operado de la vista recientemente, y aún tiene que resguardarse convenientemente, dió lectura de su brillantísimo trabajo el también académico D. Vicente Gimeno<sup>12</sup>.*

El tema elegido para su discurso era acorde a la relación que venía sosteniendo desde más de tres décadas con la Casa Real española y así, tras examinar una amplia documentación iconográfica de más de 80 retratos, abordó la deformidad del llamado prognatismo mandibular, que era *de todas las alteraciones teratológicas que en la boca se observan, la que con más frecuencia se transmite por herencia*, sometiendo su criterio a la perspectiva del ilustrado francés Victor Galippe, científico y divulgador, presente en todas las reuniones del "Tout Paris", que había definido esta deformidad de manera tan cabal como sigue:

*...anomalía en virtud de la cual cesa de ser normal la relación entre los maxilares superior e inferior y se pierde la articulación entre los dientes, montando los incisivos inferiores sobre los superiores, proyectando la mandíbula hacia adelante, dejando el maxilar más o menos atrás...*

El tema elegido para tan ilustre ocasión despertó las sospechas de una parte del mundo odontológico<sup>13</sup> y fue objeto de crítica por cuanto José Mayoral, hermano del rival republicano de Aguilar, Pedro Mayoral, había publicado en 1931, en la revista rival "Odontología Clínica" un excelente trabajo titulado *El prognatismo inferior en los reyes españoles de la Casa de Austria*<sup>14</sup> que el nuevo académico no desconocía pues había sido presentado por el autor para ejercicio de reválida y Aguilar formó parte del tribunal que lo juzgó.

Mayoral, tras un exhaustivo análisis de los cuadros expuestos en el Museo del Prado y abordando los mecanismos etiopatogénicos, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de esta deformidad de acuerdo a las teorías del citado Galippe y las de Rubrecht<sup>15</sup>, Haecker, Strohmayr y Kantorowicz -principalmente de los dos primeros- llegó, entre otras, a las siguientes conclusiones:

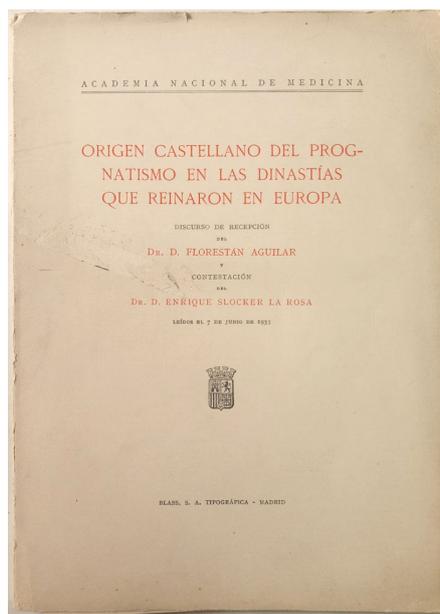
Los Reyes españoles de la Casa de Austria presentaron un tipo familiar característico que se ha conservado en la mayor parte de las dinastías europeas.

El tipo familiar de los Austrias se caracteriza por el prognatismo y labio grueso inferiores, micrognatismo y endognatismo superior, nariz grande, recta o augusta unas veces, aguileña otras; ojos grandes, grises o azules en la mayoría, menos veces castaños; frente alta y, casi siempre, pelo rubio con dolicocefalia.

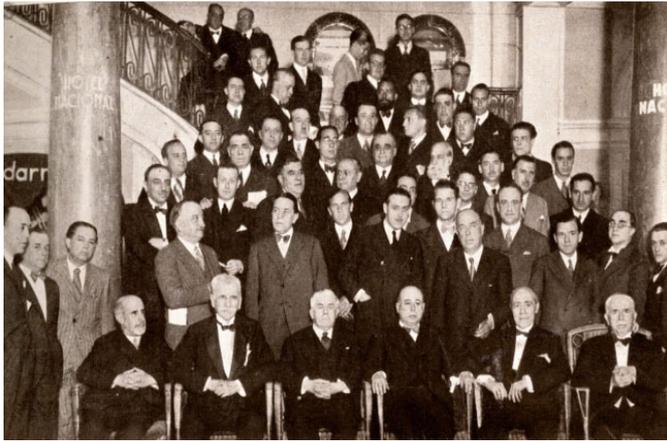
Entre los caracteres cefálicos de la Casa de Austria, los más típicos son el prognatismo inferior con labio abultado y la nariz grande con micrognatismo superior.

El prognatismo inferior de los Austrias es congénito y hereditario; se encuentra en la Casa de Castilla desde la primera mitad del siglo XIV y, después, en las de Aragón y Portugal, antes de unirse con los Habsburgo. También se encuentra dicha anomalía maxilar en los Habsburgos antes de unirse con la Casa de Portugal primero y después con la de Aragón y Castilla.

De 40 individuos de la familia, de los que tenemos datos suficientes, 33 tenían



*Discurso de ingreso en la Academia de Medicina*



*La corporación en el homenaje a García del Real por su ingreso en la Academia el 9 de abril de 1933, en el Hotel Nacional. Aguilar –fila de abajo, primero a la derecha-, electo, ingresaría dos meses después.*

prognatismo, entre ellos los 11 de las últimas generaciones. Este deplorable resultado, pues da 82.5 por 100 prognáticos, se debe a los matrimonios entre consanguíneos de una familia en la que el prognatismo inferior y el linfantismo fueron factores hereditarios dominantes.

Volviendo a Aguilar, apostando por la teoría hereditaria de la malformación y desechando la cosanguinidad como factor fundamental de la transmisión generacional sino que tan sólo sirvió para *dar fijación más indeleble a caracteres morfológicos ya existentes*, encuentra el primer prognata en don Alfonso XIII, el de Las Navas. El mismo prognatismo de los monarcas de la Casa de Castilla -aquí está su origen- en el siglo XIII, transmitido durante las generaciones de doscientos años, llega en 1450 a la Casa de Austria y sigue transmitiéndose con iguales caracteres a través de sucesivas generaciones durante cuatro siglos hasta encontrarlo en el siglo XX entre sus descendientes. Los

Reyes castellanos fueron quienes transmitieron este tipo familiar a otras familias reinantes en Europa.

## Breve vida académica.

*Tras la lectura del discurso de ingreso, la preceptiva jura de guardar los estatutos y el reglamento para estampar su firma en el libro correspondiente. Así decía:*

*Por fallecimiento del Excmo Sr. Dn. Juan Cisneros y Sevillano resultó una vacante en la Sección de Anatomía e Histología normales y patológicas para la cual fué nombrado en sesión de 10 de octubre de 1925 el Excmo. Sr. Dr. Dn. Florestan Aguilar y Rodríguez, que ha tomado posesión de su plaza en el día de hoy, recibiendo la medalla académica número 11 y el Diploma correspondiente.*

*Madrid, siete de junio de mil novecientos treinta y tres.*

*El Secretario perpetuo*

*Florestán Aguilar (firma) Nicasio Mariscal (firma)<sup>16</sup>*

Sobre su participación en la vida académica consta en su expediente personal que acudió a 1 asistencia científica y a 1 de gobierno en 1933, y a 10 sesiones en 1934, entre ellas la de recepción, la inaugural y las de la recepción de sus compañeros Vital Aza Díaz, el 10 de febrero, y de Laureano Olivares y Sexmilo, el 2 de marzo.

No gozó el nuevo académico de una trayectoria participativa como quizá le hubiera gustado. Florestán Aguilar falleció apenas un año y medio escaso después, el 28 de noviembre de 1934. La sesión necrológica en la que fue su breve casa tuvo lugar el 7 de diciembre<sup>17</sup>.

## Notas

1. Archivo de la Real Academia Nacional de Medicina de España. Libro de actas de Sesiones de Gobierno de 7 de diciembre de 1911 a 29 de diciembre de 1925. (Sin paginar). Acta de 28 de octubre de 1914.
2. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, Est. Tip. de los Hijos de Tello, 1917, págs. 204-248. Se publicó con 32 ilustraciones. Asimismo se hizo una edición monográfica de esta conferencia. Madrid, Establecimiento Tipográfico Enrique Teodoro, 1917.
3. MATILLA, V. (1987), págs. 127-128.
4. Archivo de la Real Academia Nacional de Medicina de España. Ídem., Acta de 3 de junio de 1925.
5. Ídem., acta de 2 de junio de 1925.
6. Ídem., acta de 6 de julio de 1925.
7. Ídem., acta de 10 de octubre de 1925.
8. Real Academia Nacional de Medicina. *Estatutos de la Real Academia Española (sic) de Medicina*. Madrid, Est. Tip. de los Hijos de Tello, 1917. Real Academia Nacional de Medicina. *Reglamento interior de la Real Academia Nacional de Medicina*. Madrid, Est. Tip. de los Hijos de Tello, 1917.
9. *Gaceta de Madrid*, 93, 3 de abril de 1911, pág. 17.
10. *La Odontología*, 1, 1933, pág. 63.
11. Cfr. *El Siglo Médico*, 1933: págs. 613-627 y 642-649.
12. *La Odontología*, 6, 1933, pág. 393.
13. Solera Piña, M. J., Santamaría Laorden, A. (2010). *El "original" discurso de recepción de Florestán Aguilar en la Real Academia Nacional de Medicina*. [www.sociedadseho.com/pdf/xcongresomadrid](http://www.sociedadseho.com/pdf/xcongresomadrid)
14. Este trabajo, presentado por su autor para el ejercicio de reválida, su había publicado en la revista *Odontología Clínica*, 1931, 1, págs. 5-18; 2. 1931, 2, págs. 87-104; 3. 1931, 3, págs. 169-182.
15. Cfr. Rubbrecht, O. *L'Origine du Type familial de la maison de Habsburg*. Bruselas, G. Van Oest y C<sup>a</sup>, 1910.
16. ARANME. Libro de toma de posesión de los Srs. Academicos Numerarios (1861-1990). Sin paginar.
17. *SESION NECROLOGICA (7 DE DICIEMBRE DE 1934) En recuerdo del Académico de número Profesor D. Florestán Aguilar, Vizconde de Casa Aguilar, fallecido en Madrid el día 28 de noviembre de 1934*. Anales de la Academia Nacional de Medicina. Madrid, Imprenta de Juan Pueyo, 1934, 1, págs. 95-112. Asimismo sabemos del testimonio de su compañero Gregorio Marañón titulado "Aguilar y la convivencia", indicándose a continuación "Discurso no pronunciado en la Academia Nacional de medicina". Cfr. VV.AA. *La Odontología. Número extraordinario dedicado a la memoria de su fundador*. MCMXXXV, págs. 198-200.



# Kits para fotografía dental pensados para adaptarse a todas las necesidades. Fácil manejo, incluso sin conocimientos de fotografía.

*Servicio*  
**Ready To Use**  
*de regalo*

- Preconfiguración del equipo\* con tres modos de disparo para fotografía dental en clínica: **INTRAORAL – EXTRAORAL – CIRUGÍA**
- Configuración personalizable según las necesidades concretas de cada usuario.

\*Configuración limitada a las posibilidades técnicas de cada equipo.

## Packs de servicio posventa a tu medida

### ★ Pack de servicio Fotolandia PREMIUM

- 📞 Atención telefónica/videollamada para asistencia técnica.
- 📄 **10% de descuento en productos y accesorios** para fotografía dental de las marcas Nichrominox, Fotodental y Smile Line Flexipalette.\*
- 🕒 Aviso y asesoramiento para la **actualización de firmware**.
- 👨‍🔧 **60 min. de formación online** anual para refrescar conceptos y protocolos, así como la posibilidad de solucionar dudas generales con la valoración de fotos realizadas.
- 🔧 **Gestión de reparaciones con el SAT:** presupuesto sin cargo y retorno de material sin gastos de envío.
- 🔄 **Equipo de sustitución** equivalente durante reparaciones.
- 🕒 **Revisión anual del equipo,** funciones y programación. Limpieza de sensor incluida.

### ★ Pack de servicio Fotolandia TOP

- 📞+ Atención telefónica/videollamada para asistencia técnica.
- 📄 **10% de descuento en productos y accesorios** para fotografía dental de las marcas Nichrominox, Fotodental y Smile Line Flexipalette.\*
- 🕒+ Aviso y asesoramiento para la **actualización de firmware**.

\*Descuento válido al contratar uno de los Packs de servicio Fotolandia y susceptible de ser modificado sin previo aviso.



**OLYMPUS**



Consulta nuestra amplísima gama de espejos y todo tipo de accesorios para fotografía odontológica.

## ¿Qué es mejor ejercer como autónomo o a través de una SL?

*Ignacio Gutiérrez Galende  
Socio en Galende – Buzón Abogados  
igg@galendebuzon.com*

Generalmente cuando comentamos con nuestros amigos que vamos a emprender por nuestra cuenta, el comentario general es tienes que constituir una sociedad que todo son ventajas y pagas menos impuestos. Eso no es exactamente así y la decisión entre optar entre una u otra se debe hacer valorando todas las notas características que les diferencia según nuestras necesidades a corto y largo plazo.

### Régimen de seguridad social

Tanto si ejercemos como empresario individual como a través de una sociedad tendremos que darnos de alta en el Régimen especial de trabajadores autónomos (RETA). En ambos casos es de aplicación la tarifa plana para nuevas altas.

La única diferencia entre ambos regímenes es el importe de la base de cotización mínima, como empresario individual es 944,40 euros y si somos autónomos societarios es 1.214,10 euros.

Aunque la base de cotización y en consecuencia el importe de la cuota en el caso de ejercer a través de una sociedad aconsejamos tener una base acorde con nuestros ingresos reales para que así la prestación a percibir en caso de enfermedad y especialmente de jubilación nos permita mantener nuestro nivel de vida de forma similar.

### Responsabilidad en caso de deudas.

A priori esta es una de las grandes diferencias. Cuando ejercemos directamente la actividad respondemos con todos nuestros bienes presentes y futuros de cualquier clase de deuda mientras que a través de una sociedad la responsabilidad queda limitada al capital aportado en la constitución de la sociedad.

Pero aquí hay que hacer algunas matizaciones, en las sociedades el administrador responde personalmente de las deudas que se generan en caso de entrar en concurso de acreedores y no convocarlo.



Generalmente en las sociedades cuando se solicita financiación bancaria, solicitamos un renting o formalizamos un contrato de alquiler se solicita aportar al contrato un avalista que generalmente es el propio titular del negocio, por lo que la limitación de responsabilidad queda prácticamente anulada puesto que las grandes deudas que puede contraer el negocio se sigue respondiendo de forma directa.

Finalmente, y muy importante en negocios sujetos a la ley de sociedades profesionales como puede ser el ejercicio de la odontología, aunque usáramos una sociedad, solo estaría limitada la responsabilidad para deudas empresariales, pero en caso de negligencia profesional tanto nuestra como de cualquiera de nuestros empleados, la posible indemnización que deberíamos abonar sería a título personal y no limitado al capital de la sociedad.

### Contabilidad

Si ejercemos la actividad directamente la contabilidad que deberemos llevar es relativamente sencilla, tendremos que llevar un libro de facturas emitidas y otro de facturas y gastos recibidos y en su caso el libro de bienes de inversión en caso de que existieran.

En cambio, si ejercemos la actividad a través de una sociedad deberemos llevar toda la contabilidad conforme el Plan General Contable, mucho más riguroso que la llevanza de los libros anteriores.

Hay que recordar que además de la obligación de seguir el Plan General Contable, hay que tener mucha diligencia en la separación de patrimonios, lo que nos exige tener debidamente identificado

el destinatario de las facturas (la sociedad) y evitar el error de usar dinero personal para pagar cosas de la sociedad o lo más habitual que es usar el dinero de la empresa en gastos personales.

## Fiscalidad

Como he comentado al principio aquí es donde hay la leyenda que con una sociedad se paga menos impuestos.

Si se ejerce como autónomo se liquidará directamente IRPF teniendo que realizar pagos fraccionados trimestralmente sobre el margen que ha generado la actividad una vez descontados todos los gastos deducibles.

Si se ejerce a través de una sociedad, debemos imputarnos un sueldo, que en el caso de las sociedades profesionales debe ser al menos el 75% de los beneficios. Si se deja dinero sin repartir deberá tributar en el Impuesto sobre sociedades al 25% por lo que solo sale rentable no repartir parte del sueldo cuando en nuestro IRPF alcanzamos el tipo de gravamen del 25%.

No repartir el dinero únicamente es una forma de diferir el pago de impuestos, puesto que el dinero que dejamos como remanente si queremos disfrutar de él deberemos repartirlo como dividendo donde se aplicarán los tipos de gravamen del ahorro del 19, 21 y 23% en función del importe cobrado como dividendo. Por lo que al final para disfrutar del dinero no repartido se pagará el 25% de Impuesto sobre sociedades y después al menos el 19% como IRPF del ahorro, es decir, un tipo mínimo de 44% por lo que no hay ahorro real.

También hay la falsa creencia que con una sociedad Hacienda permite incluir más gastos deducibles, tampoco es verdad, únicamente son deducibles los gastos vinculados con la actividad y sus limitaciones se aplican tanto para la determinación del rendimiento de actividades económicas en el IRPF como para determinar el beneficio para el Impuesto sobre sociedades.

## Crecimiento

Este es un punto muy importante, voy a ejercer solo o con más personas. Mientras estemos solos al frente de la actividad no hay realmente diferencia entre hacerlo a título personal o a través de una sociedad.

Puede tener sentido cuando vamos a compartir el negocio con otros profesionales, pero esto nos obliga para evitar discusiones diferenciar entre el derecho a beneficios por ser dueños del negocio y lo que sería nuestro sueldo por las funciones realizadas y el tiempo dedicado.

## Jubilación

Este es una de las grandes diferencias, en caso de ejercer por nuestra cuenta y deseamos jubilarnos el coste de desprendernos de nuestros empleados será indemnizarles únicamente con un mes de sueldo mientras que si ejercemos a través de una sociedad habría que indemnizarles como despido con una indemnización de 20 días por año trabajado con un máximo de 12 mensualidades.

Por otro lado, aunque este es un punto con cierta jurisprudencia contradictoria, en caso de ejercer como autónomos y llegar a la edad de jubilación podremos cobrar el 100% de la pensión en caso de tener contratado al menos a alguien mientras que si lo hacemos a través de una sociedad y queremos pasar a la jubilación activa, aunque tenga la sociedad empleados solo se tendrá derecho al 50% de la pensión de jubilación.

## ¿Qué elijo?

Como hemos ido comentando a lo largo del artículo no hay una opción mejor que otra, la decisión de operar como autónomo o a través de una sociedad debe ser tomada analizando todos los puntos anteriores según nuestras circunstancias.

## SONRÍE A LA CÁMARA

Álex Plana

Creador de contenido audiovisual en Plan Synergia



La comunicación mediante el contenido audiovisual es, para una clínica dental, uno de los elementos de más ayuda a la hora de darle visibilidad, no sólo a la clínica sino al equipo de profesionales que trabaja en ella.

Cuando desarrollamos contenido en forma de vídeo, los profesionales se muestran de forma más tangible para el público y se convierten, por tanto, en los actores principales de una buena estrategia de mercado.

*Las nuevas generaciones ya no miran los periódicos, miran las redes sociales, su número de seguidores y la calidad de su contenido, es decir, si lo ven y lo oyen*

Normalmente vemos este tipo de acciones en las grandes empresas (tanto dentro como fuera del sector dental), sin embargo, gracias a la popularización las plataformas en móviles, de la mano de Instagram, YouTube e incluso Facebook, estas pequeñas y medianas clínicas dentales tienen a su alcance la posibilidad de darse a conocer a un público mucho más amplio, más allá del “boca a boca”, aunque éste sigue siendo muy efectivo. Hace años, los usuarios medían el prestigio de una empresa por lo grande que era el anuncio en el periódico ¡o si incluso podían optar a salir en la portada! Las nuevas generaciones ya no miran los periódicos, miran las redes sociales, su número de seguidores y la calidad de su contenido, es decir, si lo ven y lo oyen (punto positivo para ellos), o si tienen que leerlo (punto negativo...). Las redes con mayor contenido audiovisual son las que más crecen (TikTok, Instagram, YouTube...), y dentro de cualquier red, las cuentas con más contenido audiovisual son las que más visitas y seguidores reúnen.

Además, sabemos por estudios que la cercanía y confianza son aspectos claves para que el paciente se quede con nosotros. En este sentido, un buen contenido audiovisual en el que se vea al equipo de la clínica enfatiza estos aspectos y pone nombre y apellidos a los profesionales en los que confiamos.

Hay muchos beneficios que acompañan a la creación de este contenido audiovisual, como indicábamos antes, la cercanía a los profesionales que trabajan en la clínica es algo mucho más fácil de mostrar a través de un vídeo que con una foto (si una imagen vale más que mil palabras, no quiero imaginarme a cuantas palabras equivale un vídeo).

Otro beneficio es potenciar la marca de la clínica, arrojar luz sobre algunos procedimientos dentales o temas relacionados con la Odontología (técnicas de cepillado, cómo actúa un blanqueamiento profesional, etc...)

Este tipo de marketing para una clínica dental significa una mayor proyección tanto de la clínica dental como de los profesionales que allí trabajan, lo cual a su vez los coloca en igualdad de oportunidades frente a otras clínicas grandes.

No sólo nos interesa mantener a una clientela fija, que queden satisfechos con nuestro servicio y atención y que le cuenten a su círculo lo buenos profesionales que somos, también queremos aprovechar todos estos recursos que nos ofrece el mundo audiovisual y las herramientas que son las redes sociales, para publicitar nuestra clínica dental y llegar allí donde el boca a boca no alcanza.

Lo que tratamos de conseguir es que cuando un paciente visite las instalaciones y comience a tratarse con alguno de los odontólogos, reconozca al profesional en cuyas manos se ha puesto. Parece trivial y hasta frívolo, pero la sensación de reconocer a alguien que habías visto antes en redes sociales y tenerlo delante causa siempre una buena impresión.

¿Te animas a crear un vídeo para tu clínica? Cuéntanos tu idea y te ayudamos

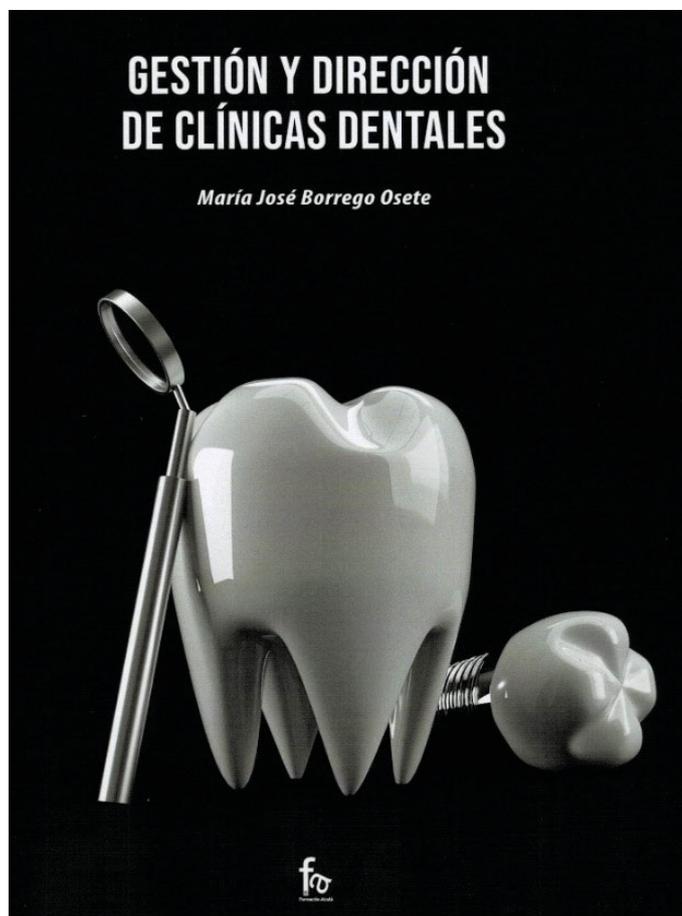
*Lo que tratamos de conseguir es que cuando un paciente visite las instalaciones, [...] reconozca al profesional en cuyas manos se ha puesto*

**NSK**  
Create it



**NUEVO CATÁLOGO DE OFERTAS ESPECIALES NSK**  
DESDE EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2021  
HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2021

DISPONIBLE EN LA WEB - [www.nsk-spain.es](http://www.nsk-spain.es)



Editorial Formación Alcalá, presenta este libro escrito por **María José Borrego Osete**.

La autora transmite sus conocimientos de Gestión de Clínicas Dentales desde su experiencia en el sector. En palabras suyas desde la humildad y con el ánimo de ayudar a mejorar la organización, la gestión, la atención al paciente y la productividad de la clínica.

La obra viene a presentar un compendio de los pasos necesarios para la gestión de la clínica, incluyendo una descripción de términos y procedimientos en el funcionamiento, junto a una enumeración detallada de los requerimientos legales que concurren.

Muy útil también para la formación del personal.

## LUGARES DE ESPAÑA PARA VISITAR

## Alcalá la Real (Jaén)

Nuria Leiva León  
Guía Oficial Turismo

[pangeaturismocultural@gmail.com](mailto:pangeaturismocultural@gmail.com)



Enclavada en el corazón de la Sierra Sur de Jaén, Alcalá la Real es una ciudad patrimonial, declarada Conjunto Histórico artístico en 1967. Su ubicación en el camino natural entre el Valle del Guadalquivir y la Vega de Granada, ha convertido a nuestro territorio en una zona de paso desde el Neolítico, dejándonos, además, yacimientos destacables de época íbera y romana en los cerros de la Mesa y la Gineta. De origen romano será, además, el asentamiento más antiguo que encontramos en nuestro núcleo urbano: la *Domus Herculana*, un yacimiento romano que ha desvelado parte de una vicus del siglo I d.C. que presenta un importante grado de urbanismo.

Para encontrar el origen de una ciudad como tal, debemos avanzar en la Historia, ubicándonos en el año 711 con la llegada de las tropas musulmanas a la Península Ibérica a través del estrecho de Gibraltar. En el año 713, los musulmanes eligen el cerro de la Mota para construir una *Qalat*, es decir, una ciudad amurallada. No es de extrañar la elección de este lugar ya que, con su máxima cota de 1.033 metros de altitud, la Mota se convierte en una atalaya natural que domina todo el territorio que la rodea y desde la que se controla la encrucijada de caminos que discurrían entre Córdoba, Granada y Jaén. Nuestra fortaleza cambiará varias veces de denominación bajo el periodo andalusí conociéndose, por ejemplo, como *Qalat Yashub* o *Qalat Banu Said*, clan que llevará a nuestra ciudad a uno de sus momentos de esplendor a nivel estratégico y cultural durante el siglo XII.

Con el devenir de los siglos y favorecido por las luchas internas, asistimos al avance de las conquistas castellanas a lo largo de la Península en detrimento de los territorios andalusí. La Batalla de las Navas de Tolosa (1212) será clave en el avance y la reorganización de la frontera en la que se reforzaron militarmente los castillos y fortalezas más destacadas y, entre ellas, nuestra *Qalat*. Nuestra ciudad cambiará de señor en varias ocasiones hasta que, en el invierno de 1340, comience para ella el último asedio. El rey Alfonso XI de Castilla, tras su importante victoria en la Batalla del Salado, planta asedio a nuestra ciudad consiguiendo la capitulación de la misma tras ocho meses de asedio. El 15 de agosto de 1341 las tropas castellanas cruzaron nuestras puertas, otorgándonos nuestro apelativo de *Real* y convirtiéndonos en una plaza fronteriza de gran valor militar. Comienza así el periodo más importante de nuestra historia, en el que vigilaríamos durante 151 años la frontera, sufriendo peligros e inco-

modidades en nuestro día a día que veremos recompensados con numerosos privilegios y reconocimientos como el de *Llave, guarda y defendimiento de los reinos de Castilla* otorgado por los Reyes Católicos.

Nuestra ciudad será reformada por sus nuevos habitantes, ampliada en extensión y dignificada con la fundación de una Abadía de Patronato Real de jurisdicción propia y sede independiente, que convirtió a Alcalá en un faro de Cristiandad frente al vecino y enemigo musulmán.

Tras la conquista de Granada en 1492, la población comienza a abandonar el recinto amurallado y trasladarse hacia el llano buscando una vida más cómoda y ya segura en el exterior. Desde el siglo XVI al siglo XVIII, vecinos, instituciones, iglesias y conventos se van desplazando y conformando lo que hoy es el casco histórico de nuestra localidad.

Por contra, la fortaleza queda despoblada y así la encuentran las tropas francesas del emperador Napoleón cuando llegan a Alcalá la Real en 1810. Éstos se asentarán en la zona alta durante varios años en los que saquean e incendian varias construcciones importantes. Tras su marcha, la vieja ciudad queda en situación de ruina y se decide darle un último uso: será reconvertida en cementerio municipal hasta 1949. Nuestras viejas murallas velaron entonces, por el descanso de nuestros vecinos.

Hoy Alcalá la Real es una ciudad viva que sorprende por su patrimonio, sus tradiciones, su gastronomía y su naturaleza. Una ciudad que sigue ubicada en ese cruce de caminos y que sigue encantada de recibir a viajeros de un lado y otro de la frontera.

### ¿Qué visitar en Alcalá la Real?

**Fortaleza de la Mota.** Visible desde varios kilómetros a la redonda y coronando nuestro casco urbano, sorprende al viajero la Fortaleza de la Mota, el monumento más emblemático de Alcalá la Real y unas de las fortalezas más grandes y mejor conservadas de Andalucía. Sumérgete en la Edad Media recorriendo las callejuelas de nuestra antigua ciudad medieval. La Puerta de las Lanzas, la Alcazaba o la propia Iglesia Mayor Abacial se descubrirán ante ti para hacerte revivir la Vida en la frontera.



**Palacio Abacial.** Nos encontramos ante uno de los edificios más grandes y nobles de nuestro casco histórico, residencia de los abades de la ciudad desde finales del siglo XVIII hasta 1851. Edificado por el abad don Esteban Lorenzo de Mendoza y Gatica comienza en 1781, sorprende por la magnitud de su fachada, de estilo barroco con claras influencias italianas y francesas y en la que descubrimos una portada a doble altura culminada con el blasón del citado abad. Al interior, el palacio se estructura en torno a un patio con un claustro a tres alturas. Desde el año 1999 es la sede del Museo histórico municipal.



**Plaza del Ayuntamiento.** Se trata de una de las plazas más importantes de nuestro casco histórico y está formada por tres destacadas edificaciones diseñadas y construidas a la vez: las Casas de Cabildo, las Casas de enfrente (antigua lonja) y la plaza que se abre ante nosotros.

**Pilar de los Álamos.** Pilar monumental que recoge el agua que brota de un cercano manantial y la ofrece al sediento vecino que acudía, hasta no hace mucho tiempo, a estas fuentes a abastecerse. Se trata, ésta, de una de las primeras construcciones civiles realizadas fuera de la antigua ciudad medieval en 1552 y una de las obras renacentista más destacada de nuestra localidad. Impresiona el gran relieve que decora todo el frontal y que presenta en el centro,



como protagonista, el escudo de Alcalá la Real portado por dos tenantes que a su vez son flanqueados por dos grifos (animales mitológicos mitad águila y león).

**Iglesia de Consolación.** Una de las iglesias más importantes de la localidad. También se la conoce con el nombre de Santa María la Mayor, ya que fue la nueva sede de la Abadía desde 1810 hasta su desaparición. En origen, esta iglesia formaba parte de un convento franciscano bajo la advocación de la Madre de Dios de Consolación del siglo XVI. En su interior, destacan las capillas laterales donde puede descubrir números ejemplos de la imaginería local y el altar mayor, que alberga en su camarín la imagen de la Virgen de las Mercedes, obra de Martín Simón y patrona de Alcalá la Real desde el siglo XVIII.



**Barrio e Iglesia de San Juan.** Adentrarnos en el barrio de San Juan es empaparnos de Historia, tradición y fervor religioso. Con 500 años a sus espaldas, este barrio de casas encaladas y calles sinuosas se encuentra a los pies de la Fortaleza de la Mota. Construido a partir del siglo XVI

Palacete de la Hilandera es una de las grandes joyas que esconde el casco histórico de Alcalá la Real. Edificio modernista excepcionalmente restaurado y amueblado, su visita supone un viaje al pasado burgués de nuestra localidad y conocer de primera mano la figura y obra del constructor Manuel Lopez Ramírez, *la Morena*. Recorriendo sus estancias, nos sumergimos en el ambiente de la época y en el modernismo alcalaíno. Además, en su interior cuenta con un pequeño museo de artesanías y un estudio de fotografía de principios del siglo XX con máquinas y útiles de la época.

**Iglesia y Convento de la Encarnación** (Monjas dominicas). Ubicado en la principal arteria del casco histórico, fue fundado en la fortaleza en 1588. Perteneciente a la Orden de Santo Domingo de Guzmán, se trasladará a su actual emplazamiento en 1602 ocupando el antiguo Hospital del Dulce Nombre de Jesús. De austero estilo renacentista, presenta una gran fachada en sillería. Al interior, destaca por ser la única iglesia de la localidad que presenta una cubierta adintelada en madera y por una notable colección de tallas de Niño Jesús procedente de la escuela barroca de Granada.



## El Cava: un gran vino, no sólo para celebraciones

El Cava es el vino espumoso de calidad por excelencia –con permiso del Champagne– dada su magnífica relación calidad-precio. Un buen cava sirve para cualquiera de las ocasiones, no hace falta que sea una celebración. Desde el aperitivo hasta los postres, puede acompañarnos durante toda la comida. Siempre habrá cavas atentos para maridar con cualquier plato o especialidad.

El “coupage” o mezcla de vinos está en la esencia del cava. Desde la combinación clásica de Xarel.lo, Macabeo y Parellada, hasta las incorporaciones de Chardonnay y Pinot Noir, para los blancos, y de la misma Pinot junto al Trepat y la Garnacha en los rosados. Un buen “coupage” es garantía de un buen producto, sólo faltará redondearlo con una larga crianza en reposo fresco y tranquilo.

Necesitamos sólo tres ingredientes para elaborar el cava: vino, azúcar y levaduras, dentro de una botella de 75. Cl. (lo más habitual). Sabemos que por cada 4 gramos de azúcar que introduzcamos en la mezcla, vamos a obtener más adelante 1 kilo o atmósfera de presión. Las levaduras se alimentan del azúcar para subsistir y reproducirse, pero al encontrarse en un medio cerrado (como es el caso de la botella de cava, que se cierra herméticamente mediante un tapón de plástico y una chapa de acero inox.) no encuentran aire para tal finalidad y generan de forma natural el anhídrido carbónico, o dicho de otro modo, las famosas burbujas. Si la fermentación se produce a una temperatura relativamente baja (entre 12 y 14 °C) el tamaño de la burbuja será pequeño y su formación constante.

Una vez efectuada la 2ª fermentación –que puede desarrollarse entre 3 y 6 meses– el cava se adentra en su fase más apasionante: la crianza. Lo que realmente diferencia los cavas es su tiempo de envejecimiento en la botella. Un cava de 9 meses (período mínimo de crianza fijado por el Consejo Regulador del Cava) puede resultar fresco y atractivo para tomar con un aperitivo, pero no irá mucho más allá. En cambio, el cava empieza a notar una evolución positiva a partir de los 18 meses. La autólisis –desprendimiento de aminoácidos de las levaduras muertas tras la 2ª fermentación– va a propiciar los aromas y los sabores terciarios o de crianza: ahumados, pan tostado, bollería, frutos secos, fruta madura, etc. Este período se encuentra en su apogeo entre los 18 meses y los 4 años de “estancia” en las rimas de botellas, estibadas la una al lado de la otra, y las unas encima de las otras.

Cuando el cava esté a punto para su consumo, se va a proceder al aclarado. Se puede hacer de forma mecánica pero también artesanalmente en pupitres (tablas agujereadas en forma de V invertida, donde se cargan las botellas horizontalmente). Allí se van dando toques a las botellas hasta que las mismas hayan efectuado un par de giros y se hayan elevado hasta quedar lo más verticales posible (botellas en punta).



La etapa final va a ser el degüelle y dosificado de las botellas. Se van a quitar los taponos provisionales y las levaduras muertas que están en la punta y se aprovecha para dosificar el licor de expedición, en función de que se trate de un cava más o menos dulce (cada vez menos). Si se trata de un brut, o un extra brut, se añade una cierta cantidad de licor (vino + azúcar), si nos referimos a un nature, sólo vino y los conservantes mínimos. Finalmente se etiqueta y encaja para su expedición a los distintos mercados, los exteriores cada vez más.

En Celler Vell Cava sólo elaboramos cavas Premium (de más de 18 meses): Reservas (legalmente de más de 15 meses) y Grandes Reservas (más de 30 meses de crianza). Los Reservas llevan el distintivo de color verde encima del capuchón que está en el cuello de la botella, y los Gran Reserva, el distintivo de color negro. Nuestros elaborados son completamente artesanales, procedentes todos de Agricultura Ecológica (viñedos sin tratamiento de herbicidas ni pesticidas), con la utilización de azúcar de caña ecológico.

En nuestra gama **tradicional**, destaca el Brut Nature Reserva, elaborado con Macabeo, Xarel.lo y Parellada, con más de 2 años de crianza y con notables y recientes distinciones en los concursos 50 Great Cavas y Akatavino. Seco, suave y afrutado.

En nuestra gama **especial**, luce nuestro Extra Brut Rosé, elaborado con Garnacha tinta y Pinot Noir, ligeramente macerados, que le proporcionan un color rosado claro resplandeciente. Aromas y sabores de frutas del bosque acompañan su burbuja fina y constante.

Finalmente, en la gama **gourmet** disponemos de un excelente cava como el *Cuvée Les Solanes Nature* Reserva. Su peculiaridad se encuentra en la primera fermentación en barrica de roble “Allier” de 2 tercios de su mezcla (1/3 de Xarel.lo y otro de Chardonnay). Efectuamos “battonage”, removiendo las levaduras del fondo de los toneles y propiciando su futura cremosidad en el paladar. Al final añadimos el tercio restante de Pinot Noir (elaborado en tina de acero inox.) vinificado en blanco, que confiere el toque de calidad definitivo al producto. Distinguido con la medalla de plata del certamen Vinari en 2018. Aromático, complejo en boca con un ligero deje amargoso de la madera.

# Celler Vell

CAVA ARTESANAL - ECOLÓGICO

DISFRUTEN DE SUS CAVAS CON UN  
DCTO. DEL 10% Y SIN PORTES AÑADIDOS

BRUT NATURE  
RESERVA

49€ / 6 botellas  
- 10%



ESTRUCH EXTRA  
BRUT ROSÉ

61.7€ / 6 botellas  
- 10%



ESTRUCH CUVÉE LES  
SOLANES BRUT NATURE  
RESERVA

105.3€ / 6 botellas  
- 10%



Encargos con el asunto "Odontólogos de hoy" al mail  
[info@cellervell.com](mailto:info@cellervell.com) o al tel. 607-182-783.

# parodontax



## Juntos afrontaremos la enfermedad de las encías

**x4 VECES MÁS EFICAZ**  
que una pasta de dientes convencional\*



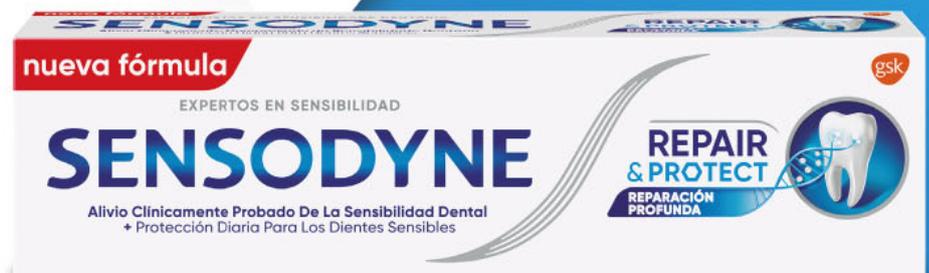
**Más allá de las encías**

\*Eliminando la acumulación de bacterias, una de las causas del sangrado de encías tras una limpieza profesional y un cepillado dos veces al día. Las pastas de dientes Parodontax cumplen con la normativa vigente de productos sanitarios. Las marcas son propiedad del, o están licenciadas al, grupo de compañías GSK ©2021 grupo de compañías o licenciante. PM-ES-PAD-21-00074.

nueva fórmula

# REPARACIÓN PROFUNDA\*

**& PROTECCIÓN  
DIARIA  
PARA LOS DIENTES  
SENSIBLES**



## LA VIDA ES MUY CORTA PARA LA SENSIBILIDAD

\* Con dos cepillados diarios forma una capa protectora sobre las áreas sensibles de los dientes. Sensodyne Repair & Protect cumple con la normativa vigente de productos sanitarios. Las marcas son propiedad del, o están licenciadas al, grupo de compañías GSK ©2021 grupo de compañías o licenciante. CPS4149-PS-CM.